



LANDKREIS LÜNEBURG  
DER LANDRAT

Zurück an:  
Landkreis Lüneburg  
Fachdienst Senioren und Behinderte  
52. - 503350/  
Auf dem Michaeliskloster 4  
21335 Lüneburg

**Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)  
für Erwachsene**

<b>Beantragte Leistung (bitte ankreuzen oder eintragen)</b>	
<input type="checkbox"/> Assistenzleistungen in eigenem Wohnraum	<input type="checkbox"/> Assistenzleistungen in einer besonderen Wohnform*
<input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)	<input type="checkbox"/> Beschäftigung bei anderen Leistungsanbietern
<input type="checkbox"/> Tagesförderstätte/Tagesstätte/Tagesstruktur	<input type="checkbox"/> Budget für Arbeit
*Bei Leistungen in einer besonderen Wohnform wird gleichzeitig ein Antrag auf Sozialhilfeleistungen (SGB XII) für den Lebensunterhalt gestellt. Mit der Weitergabe dieses Antrages bin ich einverstanden (bitte streichen, wenn Sie damit nicht einverstanden sind).	
Sonstige Leistung:	
<b>Persönliche Verhältnisse der antragstellenden Person</b>	
Name, Vorname (ggf. frühere Familiennamen und Geburtsname)	
Geburtsdatum, -ort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:
Bei ausländischen Staatsangehörigen – aufenthaltsrechtlicher Status: (bitte Kopie des Passes und Aufenthaltstitels beifügen)	
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:	
Schwerbehindertenausweis (bitte in Kopie beifügen)	gültig bis:      Merkzeichen:      Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenversicherung mit Versicherungsnummer	
Versicherungsart der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung (Bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Familienversicherung über _____ <input type="checkbox"/> Privatversicherung (Bitte Nachweis beifügen)
Beihilfeberechtigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____
Haben Sie einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> nein, wurde bisher nicht beantragt <input type="checkbox"/> nein, wurde abgelehnt (bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad _____ (bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Wurde beantragt am _____
Rentenversicherung mit Versicherungsnummer	
Telefonnummer / E-Mail für Fragen zum Antrag	

Angaben zur gesetzlichen Betreuung / Vollmacht / Vertretungsberechtigung (falls zutreffend, bitte Nachweis in Kopie beifügen)	
Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefonnummer / E-Mail für Fragen zum Antrag	
Angaben zu sonstigen Leistungsansprüchen	
Wurde bereits früher Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheid vorlegen)	
Bestehen Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz oder Bundesversorgungsgesetz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheid vorlegen)	
Ist die Behinderung eingetreten	
aufgrund eines ärztlichen Behandlungsfehlers?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
aufgrund eines Impfschadens?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
aufgrund eines Unfalls?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
aufgrund einer Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
aufgrund eines anderen Ereignisses?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Wenn eine der Fragen mit ja beantwortet wird, bitte Nachweis oder Erläuterung beifügen.</b>	
Begründung zum Antrag (ggf. auf einem gesonderten Blatt)	
Gewünschter Anbieter	
Wenn bekannt: Name des Anbieters, der die Leistungen erbringen soll.	

Auf die Angebote der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) weise ich hin.  
Informationen hierzu finden Sie im Internet unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de)

Meine Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit. Ich bin davon unterrichtet, dass ich jede Änderung der persönlichen Verhältnisse sowie meiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse, eine vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, Behandlungsmaßnahmen usw. unverzüglich und aufgefordert dem Fachdienst Senioren und Behinderte beim Landkreis Lüneburg mitzuteilen habe (§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch [SGB I]). Ich bestätige den Erhalt des Informationsblattes zum Datenschutz und zur Nutzung der Daten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in oder gesetzliche/r Betreuer/in  
oder der/des Bevollmächtigten / Vertretungsberechtigten



LANDKREIS LÜNEBURG  
DER LANDRAT

Zurück an:  
Landkreis Lüneburg  
Fachdienst Senioren und Behinderte  
52. - 503350/  
Auf dem Michaeliskloster 4  
21335 Lüneburg

**Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX);  
Angaben zur Erstellung des Gesamt- bzw. Teilhabeplans**

Antragstellende Person	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
(Ehe-)Partner/in	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefonnummer / E-Mail	
Eltern / Adoptiveltern / Pflegefamilie	
a) 1. Elternteil	
<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptivelternteil <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil	
Name, Vorname (ggf. frühere Familiennamen und	
Geburtsdatum, -ort	
verstorben am (falls zutreffend)	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:	
b) 2. Elternteil	
<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptivelternteil <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil	
Name, Vorname (ggf. frühere Familiennamen und	
Geburtsdatum, -ort	
verstorben am (falls zutreffend)	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:	

<b>Kinder</b>		
<input type="checkbox"/> keine Kinder		
<b>Name, Vorname</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Lebensverlauf und Wohnverhältnisse in der Vergangenheit und heute</b>		
<b>Jahr</b>	<b>Wohnort / Wohnsituation (z. B. bei Eltern, eigene Wohnung)</b>	
<b>Schulische Laufbahn / berufliche Situation</b>		
<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> kein Berufsabschluss		
erreichter Schulabschluss		
weitere Bildungsabschlüsse		
erlernter Beruf		
zuletzt ausgeübter Beruf oder Beschäftigung		
Arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen		
Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse		
Sonstiges		
<b>Arbeitsverhältnisse / Tätigkeiten in der Vergangenheit und heute</b>		
<b>Jahr</b>	<b>Arbeitsverhältnis / Tätigkeit</b>	
<b>Bezugsperson / Person des Vertrauens, die an evtl. Terminen teilnehmen soll:</b>		

Meine Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit. Ich bin davon unterrichtet, dass ich jede Änderung der persönlichen Verhältnisse sowie meiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse, eine vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, Behandlungsmaßnahmen usw. unverzüglich und unaufgefordert dem Fachdienst Senioren und Behinderte beim Landkreis Lüneburg mitzuteilen habe (§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch [SGB I]). Ich bestätige den Erhalt des Informationsblattes zum Datenschutz und zur Nutzung der Daten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in oder gesetzliche/r Betreuer/in  
oder der/des Bevollmächtigten / Vertretungsberechtigten



## Vermögen

Ist Eigentum an Grundstücken vorhanden?

nein  ja

Falls ja, bitte Unterlagen, z. B. Grundbuchauszug, Kauf- bzw. Übergabevertrag beifügen.

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögen (z. B. Barvermögen, Grundstück) auf Andere übertragen, verschenkt oder veräußert?

nein  ja

Falls ja, bitte Art, Datum und Gegenleistung angeben und Nachweise beifügen:

Bestehen schuldrechtliche Ansprüche aus privatrechtlich Verträgen (z. B. Wohnrecht, Leibrente, Übergabe- oder Kaufverträge, Arbeitsverträge)?

nein  ja

Falls ja, bitte Nachweise/Verträge beifügen.

Folgende aktuelle Guthaben sind vorhanden (bitte Nachweise / Auszüge der letzten 6 Monate beifügen):

	Bankverbindung / Versicherungsnummer	Aktueller Kontostand bzw. Rückkaufswert
<input type="checkbox"/> Girokonto		
<input type="checkbox"/> Sparkonto		
<input type="checkbox"/> Tagesgeldkonto		
<input type="checkbox"/> Lebensversicherung		
<input type="checkbox"/> Bausparvertrag		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sonstiges Vermögen, z. B. PKW, Wertpapiere, Schmuck, sonstige Forderungen, andere Sachwerte		

Meine Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit. Ich bin davon unterrichtet, dass ich jede Änderung der persönlichen Verhältnisse sowie meiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse, eine vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, Behandlungsmaßnahmen usw. unverzüglich und unaufgefordert dem Fachdienst Senioren und Behinderte beim Landkreis Lüneburg mitzuteilen habe (§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch [SGB I]). Ich bestätige den Erhalt des Informationsblattes zum Datenschutz und zur Nutzung der Daten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in oder gesetzliche/r Betreuer/in  
oder der/des Bevollmächtigten / Vertretungsberechtigten



LANDKREIS LÜNEBURG  
DER LANDRAT

**Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)  
Teilhabe- und Gesamtplanverfahren für Erwachsene  
Entbindung von der Schweigepflicht**

**Aktenzeichen: 52.\_\_\_\_-503350/**

**Antragsteller/in:**

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

Für die Entscheidung über die beantragte Leistungsgewährung im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen ist es zur Klärung der Anspruchsvoraussetzungen erforderlich, den Bedarf zu ermitteln und ggf. einen Teilhabe- oder Gesamtplan zu erstellen (§§ 19 ff., 117 ff. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – SGB IX). Hierfür ist es auch erforderlich, dass der Landkreis Lüneburg oder ein durch diesen beauftragtes Gesundheitsamt oder Sozialpsychiatrischer Dienst (im Folgenden jeweils bezeichnet als das Gesundheitsamt) bereits vorhandene Unterlagen, die der Klärung der Anspruchsvoraussetzungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen dienlich sind, von Dritten einholt.

**Bitte füllen Sie die umseitig abgedruckte Liste aus**, damit ich einen Überblick über die behandelnden Ärzte und Institutionen erhalte.

**Bitte fügen Sie dem Antrag vorhandene Befundberichte oder Gutachten in Kopie bei.**

**Schweigepflichtentbindung**

Zur Ermittlung des Bedarfs und zur Erstellung eines Teilhabe- oder Gesamtplanes durch den Landkreis Lüneburg oder das Gesundheitsamt entbinde ich die von mir genannten Ärzte und Institutionen gegenüber deren Mitarbeitern von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die dort vorhandenen Unterlagen in Form von Gutachten, Arztberichten, Befunden oder Ähnlichem zum Zwecke der Prüfung des Bedarfs und ggf. der Erstellung eines Teilhabe- oder Gesamtplanes an diese übermittelt werden dürfen. Die Schweigepflichtentbindung gilt für die Dauer der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen durch das Gesundheitsamt und im Rahmen der Fortschreibung des Teilhabe- oder Gesamtplanes.

Nach der Erstellung der sozialmedizinischen / sozialpsychiatrischen Stellungnahme erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass diese vom Gesundheitsamt auch an den über die Leistungsgewährung entscheidenden Fachdienst Senioren und Behinderte beim Landkreis Lüneburg übermittelt wird. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

**Bitte Rückseite beachten!**



LANDKREIS LÜNEBURG  
DER LANDRAT

**Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)  
Teilhabe- und Gesamtplanverfahren für Erwachsene  
Entbindung von der Schweigepflicht**

**Aktenzeichen: 52.\_\_\_\_-503350/**

**Bitte Liste ausfüllen und vorhandene Befundberichte oder Gutachten in Kopie beifügen.**

In Anspruch genommene Dienstleistungen und Einrichtungen:

	<b>Name, Anschrift, Telefon- und Faxnummer, E-Mail-Adresse</b>
Hausarzt	
Krankenhaus	
Psychiatrische Klinik	
Nervenarzt	
Institutsambulanz	
Psychotherapeut	
Tagesklinik/Tagesstätte	
Wohn-/Pflegeheim	
Betreutes Wohnen	
Jugendhilfemaßnahme	
Begegnungsstätte/ Stövchen	
Suchtberatung (z.B. DROBS)	
Substitutionsbehandlung	
MDK (Pflegegutachten)	
Haushaltshilfe	
Ambulante Pflege / APP	
Integrationsfachdienst	
Rehabilitationszentrum (RPK)	
Selbsthilfegruppe	
Bewährungshilfe	
Agentur für Arbeit	





LANDKREIS LÜNEBURG  
DER LANDRAT

## **Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**

### **Informationsblatt zum Datenschutz und zur Nutzung der Daten**

---

Der Träger der Eingliederungshilfe informiert Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten für die Bearbeitung Ihres Antrages und die Feststellung Ihres Rehabilitationsbedarfs erhoben und verarbeitet werden. Für einen Antrag auf Kostenübernahme in besonderen Wohnformen erfolgt eine Weitergabe des Antrages an den Träger der Sozialhilfe, sofern Sie diesem nicht widersprechen. Die Kontaktdaten des Verantwortlichen lauten:

Landkreis Lüneburg  
Der Landrat  
Fachdienst Senioren und Behinderte  
Am Graalwall 4  
21335 Lüneburg  
Telefon: 04131 26-0

Um Sie bei der Einschätzung zu unterstützen, was dies im Einzelnen für Sie bedeutet, informieren wir Sie nachstehend gem. Art 13 und Art. 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) über Einzelheiten (Erläuterungen von hier verwendeten datenschutzrechtlichen Begriffen finden Sie in Art. 4 EU-DSGVO).

Die von Ihnen gem. § 67a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistungen vorliegen (§ 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch [SGB I]). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und Nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 117 ff. SGB IX i. V. m. §§ 67 ff. SGB X i. V. m. Art. 6 Abs. 1c) DSGVO. Die in der individuellen Bedarfsermittlung erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Ermittlung des Bedarfs und der Entscheidung über die erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung des Teilhabe- oder Gesamtplans (§§ 19 ff., 117 ff. SGB IX) verwendet. Leistungen zur Teilhabe bedürfen immer Ihrer Zustimmung (§ 8 Abs. 4 SGB IX). Im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens werden, mit Ihrer Zustimmung und falls erforderlich, weitere Rehabilitationsträger oder andere Stellen (z. B. Pflegekasse, Jobcenter) an der Erstellung des Teilhabeplans beteiligt (§ 22 SGB IX). Ihre Daten können von dem o.g. Verantwortlichen im Rahmen der Aufgabenerfüllung gem. § 67d ff. SGB X an Dritte z. B. an andere Sozialleistungsträger i.S.d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen Ländern übermittelt werden. Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 143 ff. SGB IX).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist, längstens 10 Jahre nach Beendigung Ihres Leistungsbezugs.

**Bitte wenden!**



LANDKREIS LÜNEBURG  
DER LANDRAT

**Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**  
**Informationsblatt zum Datenschutz und zur Nutzung der Daten**

---

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

- Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO)
- Recht auf Berichtigung oder Löschung (Art. 16 & 17 DSGVO)
- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen dafür vorliegen (Art. 21 DSGVO)
- Recht auf Beschwerde bei der Landesbeauftragten für den Datenschutz Niedersachsen (Art. 77 DSGVO)

Die Kontaktdaten der Datenschutzschutzbeauftragten lauten:

Datenschutzbeauftragte des Landkreises Lüneburg  
Auf dem Michaeliskloster 4  
21335 Lüneburg  
Telefon: +49 4131 26-1756  
Fax: +49 4131 26-2756  
E-Mail: [datenschutz@landkreis-lueneburg.de](mailto:datenschutz@landkreis-lueneburg.de)

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen  
Prinzenstraße 5  
30159 Hannover  
Telefon: +49 511 120 4500  
Fax: +49 511 120 4599