

Kreis Soest  
 Dezernat 05 – Soziales  
 5001 - Sicherung des Lebensunterhalts  
 Hoher Weg 1 – 3  
 59494 Soest

## Antrag auf Leistungen zur Sozialen Teilhabe

nach §§ 102 und 113 Neuntes Sozialgesetzbuch (SGB IX)

### hier: Leistungen zur Mobilität

Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Zum Beispiel durch Fahrten zu Veranstaltungen oder Freizeitunternehmungen.

Die Eingliederungshilfe ist eine nachrangige Leistung, d.h. der Kreis Soest kann sie nur dann gewähren, wenn keine Ansprüche gegenüber vorrangigen Rehabilitationsträgern bestehen (z.B. Krankenkassen, Bundesagentur für Arbeit, Unfallversicherungen etc.). Daher können Fahrten zum Beispiel zu Ärzten oder zur Arbeitsstelle nicht über den Berechtigungsschein abgerechnet werden.

Um über Ihren Antrag auf Leistungen nach § 102 und 113 SGB IX entscheiden zu können, ist es erforderlich, dass Sie im Folgenden möglichst umfassende und genaue Angaben machen. Bitte belegen Sie Ihre Angaben an den geforderten Stellen durch entsprechende Unterlagen und Nachweise (siehe „Wichtige Hinweise“ am Ende dieses Dokuments).

➡ Zutreffendes bitte ankreuzen und vollständig ausfüllen:

<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Wiederholungsantrag
-------------------------------------	--

### Persönliche Angaben:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße:	Postleitzahl und Wohnort:
Familienstand:	Kinder:
Name/ Anschrift Krankenversicherung:	Versicherungsnummer:
Staatsangehörigkeit:	Betreuer?
Bei ausländischer Staatsangehörigkeit: Dauerhafter Aufenthalt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Befristeter Aufenthalt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

## **Angaben zur Behinderung:**

Liegt ein Schwerbehindertenausweis oder ein Bescheid über die Anerkennung einer Schwerbehinderung vor? Bitte eine aktuelle Kopie beifügen!

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ist beantragt am:
Merkzeichen:	Grad der Behinderung: v. H.	Befristet bis:

Die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel ist mir nicht möglich/nicht zumutbar, weil

- ich nachweislich auf die ständige Benutzung eines Rollstuhls angewiesen bin	<input type="checkbox"/>
- ein Transport nur in einem Rollstuhltaxi vorgenommen werden kann. Ein Umsetzen ist nicht möglich. (medizinischer Nachweis erforderlich)	<input type="checkbox"/>
- ich aufgrund meiner schweren Gehbehinderung auch mit einer Begleitperson keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen kann	<input type="checkbox"/>
Weiterer Grund:	

Für mich oder eine Person in Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft ist ein Pkw (oder ein anderes Kraftfahrzeug) zugelassen:

Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wurde das KFZ mit öffentlichen Mitteln finanziert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-----------------------------	--	-----------------------------	-------------------------------

Nutzung ist nicht möglich, weil \_\_\_\_\_

## **Einkommensprüfung:**

Bitte geben Sie alle Einkünfte nach §§ 135 (Begriff des Einkommens) und 136 SGB IX (Beitrag aus Einkommen) an.

Reichen Sie hierzu bitte Ihren Einkommenssteuerbescheid (des Finanzamtes) des Vorjahres oder den aktuellen Renten- oder Grundsicherungsbescheid ein.

Leben Sie alleine  oder in Wohngemeinschaft  mit folgender Person: \_\_\_\_\_

Oder in einer besonderen Wohnform über Tag und Nacht: \_\_\_\_\_

Wo hatten Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt, bevor Sie in diese besondere Wohnform eingezogen sind: \_\_\_\_\_

Leben weitere Kinder in Ihrem Haushalt: ja  nein

Wenn ja, bitte Namen und Geburtsdaten der Kinder angeben:

Name:	Geburtsdatum:

Gemäß § 136 SGB IX ist ein Beitrag zu den Aufwendungen aufzubringen, wenn Ihr Einkommen die Freibeträge übersteigt. Die Berechnungsgröße hierfür ergibt sich aus der jeweils gültigen Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung (SVBezGrV).

Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit	€
Einkünfte aus selbstständiger Arbeit	€
Einkünfte aus Land und Forstwirtschaft	€
Einkünfte aus Gewerbebetrieb	€
Einkünfte aus Kapitalvermögen	€
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	€
Sonstige Einkünfte, wie z.B. Elterngeld, Krankengeld, Arbeitslosengeld, Wohngeld, Blindengeld, Leistungen der Pflegeversicherung, Versorgungsrenten oder BAfÖG-Leistungen etc.	€

**Bitte entsprechende Nachweise beifügen!**

### **Vermögensprüfung:**

Durch die Neuregelung ab dem 01.01.2020 ist ein Teil der Aufwendungen durch das Einkommen (§ 136 SGB IX) und das gesamte verwertbare Vermögen (§ 140 SGB IX) zu begleichen.

Um diesen Eigenanteil zu ermitteln sind Angaben zu Ihrem Vermögen erforderlich.

Bitte geben Sie alle Bargeldbeträge, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) oder sonstiges Vermögen nach §§ 139 und SGB 140 SGB IX (Begriff des Vermögens) und nach § 90 SGB XII (Einzusetzendes Vermögen) an.

Barvermögen	€
Guthaben auf Girokonten	€
Guthaben auf Sparbüchern	€
Bausparverträge	€
Sonstige Sparguthaben	€
Wertpapiere	€
Haus- und Grundvermögen (Größe, Wohnfläche, Wertgutachten Wohnrechte, etc.)	€
Kraftfahrzeuge (Art, Typ, Baujahr etc)	€
Kapitalbildende Lebens- und Rentenversicherungen	€
Forderungen z.B. auf Schadenersatz, Schmerzensgeld etc.	€
Sonstiges Vermögen z.B. Münzen, Schmuck etc.	€

**Bitte entsprechende Nachweise beifügen!**

Die Vermögensfreigrenze liegt gemäß § 139 SGB IX bei 150% der Berechnungsgröße aus der jeweils gültigen Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung.

## **Wichtige Hinweise:**

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Unterlagen in Kopie bei:

- Einkommensnachweise/ Steuerbescheid/ Rentenbescheid/ Grundsicherungsbescheid
- vollständige Vermögensnachweise
- vollständige Kopien der Kontoauszüge der letzten 3 Monate
- Kopie Ihres Schwerbehindertenausweises
- Bestellsurkunde Betreuer/in

## **Erklärung:**

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben, auch zu den im Einzelnen abgefragten Vermögensgegenständen, vollständig und wahr sind, und dass ich keine entscheidungsrelevanten Tatsachen verschwiegen habe ( § 60 SGB I).

Ich bin verpflichtet unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens- und Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsbestimmungsverhältnissen, auch die von Haushaltsangehörigen.

Ferner wird versichert, dass sämtliche Änderungen der wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnisse der Abteilung Soziales des Kreises Soest unverzüglich gemeldet werden.

Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich informiert (§ 66 SGB I).

Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger und unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss ( § 263 StGB).

Ich bin im Verfahren der Zuständigkeitserklärung mit einer Weiterleitung des Antrages auf Leistungen zur sozialen Teilhabe sowie der ergänzenden Unterlagen einverstanden.

Bezüglich der Bearbeitung dieses Antrags und der Abrechnung bei Bewilligung der Leistung entbinde ich die Mitarbeitenden des Kreises Soest und die Leistungserbringer der Fahrdienste wechselseitig von ihrer Schweigepflicht. Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erfolgt nur auf der Grundlage eines formellen Gesetzes oder mit Einwilligung der betroffenen Person.

---

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in / Betreuer/in