



Antrag auf die Gewährung von Teilhabegeld nach dem Landesteilhabegeldgesetz des Landes Brandenburg (LTeilhGG)

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen, beigefügten Hinweise und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus §§ 60 ff Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I).

1. Persönliche Angaben des Berechtigten:

1.1	Name (gegebenenfalls Geburtsname), Vorname
1.2	Straße, Hausnummer
1.3	PLZ, Wohnort
1.4	Telefon
1.5	Adresse vor Einzug in die Pflegeeinrichtung
1.6	Geburtsdatum, Geburtsort
1.7	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> Deutsche/r (Kopie des Personalausweises beifügen) <input type="checkbox"/> EU-Bürger/in (Kopie des Passes beifügen) <input type="checkbox"/> Asylbewerber/in (Kopie der Aufenthaltsgestattung, Duldung, Aufenthaltserlaubnis beifügen)
1.8	Amtliche Betreuung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt Name und Anschrift der Betreuerin / des Betreuers

Ich beantrage die Leistungen gemäß § 2 TeilhGG für

- Nr. 1 Personen ohne Anspruch auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch
 - a. mit Verlust beider Beine im Oberschenkelbereich oder beider Hände
 - b. mit Lähmungen oder gleichartigen Behinderungen, wenn dadurch auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, Betreuungsbedarf zur Sicherung der körperlichen Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung besteht

- Nr. 2 blinde Menschen und Ihnen nach § 72 Absatz 5 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) gleichgestellte Personen (Voraussetzung Merkzeichen BI oder Augenfachärztliche Bescheinigung (siehe Anlage))

- Nr. 3 gehörlose Menschen (Voraussetzung Merkzeichen GI oder HNO-fachärztliche Bescheinigung (siehe Anlage))
 - mit angeborener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit
 - mit bis zum 7. Lebensjahr erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit
 - Personen, die erst später die Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit erworben haben, wenn der Grad der Behinderung wegen schwerer Sprachstörungen 100 % beträgt

- Nr. 4 taubblinde Menschen, denen das Merkzeichen TBI nach § 3 Absatz 1 Nummer 8 der Schwerbehindertenausweisverwaltung zuerkannt worden ist oder die die Voraussetzungen zur Zuerkennung dieses Merkzeichens erfüllen.

**2. Angaben zum Schwerbehindertenausweis
(Feststellungsbescheid und Schwerbehindertenausweis in Kopie beifügen)**

2.1	Schwerbehindertenausweis vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.2	Versorgungsamt:
2.3	ausgestellt am:
2.4	Merkzeichen <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> TBI
2.5	Grad der Behinderung:

3. Die/der Berechtigte befindet sich in einer stationären Einrichtung oder gleichartigen Einrichtung (z. B. Alten- bzw. Pflegeheim, Blindenheim, Schülerinternat, Anstalt, besondere Wohnform) und die Kosten des Aufenthaltes werden ganz oder teilweise aus Mitteln öffentlich-rechtlicher Leistungsträger getragen (Leistungsbescheid in Kopie beifügen)

3.1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> geplant ab :
3.2	Name und Anschrift der Einrichtung
3.3.	Name und Anschrift des öffentlich-rechtlichen Leistungsträgers

4. Angaben über Bezug / Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI

4.1	Leistung wurde beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.2	Ich erhalte Leistungen nach dem aufgeführten Gesetz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> ambulante Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> teilstationäre Leistung <input type="checkbox"/> stationäre Leistung/Kurzzeitpflege
4.3	Pflegegrad: _____ (Bitte Kopie des Bescheides beifügen)
4.4	Name und Anschrift der Pflegekasse, Versicherungsnummer

5. Die/der Berechtigte erhält/beantragt folgende Leistungen für die gleiche Behinderung (Bitte Bescheid in Kopie beifügen)

5.1	Entschädigungsleistungen nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
5.2	Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt

5.3	Entschädigungsleistungen nach ausländischen Rechtsvorschriften <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
-----	--

6. Bankverbindung – Die Leistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaberin/Kontoinhaber: Name, Vorname
Geldinstitut:
BIC:
IBAN:

7. Erklärung der/des Berechtigten

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bestätige, ausdrücklich davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung maßgebend sind, insbesondere

- Änderungen des gewöhnlichen Aufenthaltsorts,
- Änderungen des Seh- und Hörvermögens,
- die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung,
- Tatsachen, die zu einem Ausschluss des Anspruchs nach § 4 LTeilhGG führen,
- ein Anspruch auf oder der Erhalt von Sach- oder Geldleistungen, die zum Ausgleich der behinderungsbedingten Mehraufwendungen bestimmt sind

unverzüglich und unaufgefordert anzuzeigen habe (§ 7 Absatz 2 LTeilhGG).

Hinweis auf Mitwirkungspflichten:

Sie werden nochmals darauf hingewiesen, dass nach §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) für denjenigen, der Sozialleistungen beantragt oder erhält, bzw. für dessen Bevollmächtigten/Betreuer, Mitwirkungspflichten bestehen.

Danach hat der Antragsteller oder Hilfeempfänger alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Bei Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, sind diese unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in /
Bevollmächtigte/r