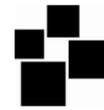


Ergänzungen zum Antrag auf Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen

| Name, Vorname, Geburtsdatum | | Aktenzeichen | |
|-----------------------------|--|---|--------------------------|
| 1. | Haben Sie einen Antrag auf die Feststellung einer Schwerbehinderung gestellt? <i>(Falls ja, ärztliches Gutachten beifügen)</i> | O ja O nein | |
| 2. | Haben Sie eine Person des Vertrauens? Falls ja, Name und Anschrift der Person des Vertrauens: | O ja O nein | |
| 3. | Bei Kindern, die ab Geburt über Tag und Nacht in einer Einrichtung betreut werden: Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Einrichtung | | |
| 4. | Schulbildung | O Sonderpäd. Bildung (SBBZ) O Werkrealschule-Hauptschule O Gemeinschaftsschule O Realschule O Gymnasium | |
| 5. | Schulabschluss | O Ja, Jahrgang O nein Anschrift der Schule: | |
| 6. | Berufsfördernden Maßnahmen teilgenommen? | O Berufsbildungswerk O Berufsvorbereitungsjahr O Andere von - bis | |
| 7. | Ausbildung | Art der Ausbildung Abgeschlossen O Ja, am O nein | |
| 8. | Zeiten der Berufstätigkeit | Beruf: <i>(ggf. gesondert aufführen)</i> | Ausgeübt von - bis |
| 9. | Wurden Sie durch die Agentur für Arbeit / den Rentenversicherungsträger untersucht? <i>(bitte Berichte/Gutachten beifügen)</i> | Datum | Anschrift des Trägers |
| 10. | Stationärer Klinikaufenthalt <i>(bitte Berichte/Gutachten beifügen, ggf. gesondert aufführen)</i> | von - bis | Ort und Art der Kliniken |



| | | | |
|-----|--|------------------------------|------------------------------|
| 11. | Waren Sie bereits oder sind Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) beschäftigt? | von - bis | Ort und Name der Einrichtung |
| 12. | Bisherige sonstige Maßnahmen <i>(bitte Berichte/Gutachten beifügen)</i> | von - bis | Art und Ort der Maßnahmen |
| 13. | Wohnen Sie in einer 1. Besonderen Wohnform? 2. Ambulant betreute Wohnform? Falls ja, wo haben Sie in den letzten 2 Monaten vor dem Einzug gewohnt? | O ja O ja Adresse: | O nein O nein |
| 14. | Wurden bei Ihnen bereits Ihre Teilhabebedarfe ermittelt? Falls ja, durch welche Behörde? | O ja Adresse: | O nein |
| 15. | Wurde bei Ihnen bereits ein Teilhabe- und Gesamtplanverfahren durchgeführt? Falls ja, durch welche Behörde? | O ja Adresse: | O nein |