Landkreis Ostprignitz-Ruppin
Amt für Soziales
Virchowstraße 14 – 16
16816 Neuruppin

Antrag auf die Gewährung von Leistungen nach dem Landesteilhabegeldgesetz Brandenburg (LTeilhGG Bbg)

Eingangsvermerk:

☐ für schwerbehinderte Menschen gem. § 2 Nr. 1 LTeilhGG Bbg aufgrund
- ☐ Verlust beider Beine im Oberschenkelbereich
- ☐ Verlust beider Hände
- ☐ Lähmungen oder gleichartige Behinderungen

☐ für blinde Menschen gem. § 2 Nr. 2 LTeilhGG Bbg
- ☐ Blindheit
- ☐ blinden Menschen gem. § 72 Abs. 5 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) gleichgestellte Personen

☐ für gehörlose Menschen gem. § 2 Nr. 3 LTeilhGG Bbg
- ☐ angeborene Taubheit bzw. an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit
- ☐ bis zum 7. Lebensjahr erworbene Taubheit bzw. an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit
- ☐ Taubheit bzw. an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit später erworben, aber Grad der Behinderung beträgt wegen schwerer Sprachstörungen 100 vom Hundert

☐ für taubblinde Menschen gem. § 2 Nr. 4 LTeilhGG Bbg

☐ im Rahmen der Übergangsregelung gem. § 12 LTeilhGG Bbg (Besitzstand)

Persönliche Verhältnisse Antragsteller/in		
Familienname		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Wohnanschrift	☐ eigene Wohnung/eigenes Haus (Miete oder Eigentum) ☐ ambulant betreute Wohngemeinschaft ☐ stationäres Pflegeheim ☐ besondere Wohnform der Eingliederungshilfe	
	Anschrift:	
Ggf. zusätzlich	☐ Ich befinde mich in teilstationärer Betreuung (z. B. Tagespflege, Beschäftigung in der Werkstatt für behinderte Menschen o. ä.).	
	Anschrift:	

Gesetzlicher Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter (Nachweis ist einzureichen)	
Name	
Anschrift	
Telefon	

Angaben zur Schwerbehinderung			
☐	Es liegt noch kein Schwerbehindertenausweis vor.		
☐	Ein Schwerbehindertenausweis wurde beantragt.		
	Datum der Beantragung:		
☐	Ein Schwerbehindertenausweis liegt vor. (Nachweis ist einzureichen)		
	☐ dieser ist unbefristet	☐ dieser ist befristet bis:	
	Bewilligt wurden folgende Merkzeichen:		
	☐ Bl (blind)	☐ Gl (gehörlos), seit:	☐ TBl (taubblind)

Haben Sie bereits zuvor entsprechende Leistungen bezogen?	
☐	nein
☐	ja, es wurden Leistungen von folgender Stelle bezogen (Bescheid ist einzureichen):

Bezug von Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch - SGB XII (Sozialhilfe)	
☐	nein
☐	Leistungen wurden beantragt
	Datum der Beantragung:
	bei (Bezeichnung Stelle):
☐	ja (Bescheid ist einzureichen)

Bezug von Leistungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung)	
☐	nein
☐	Leistungen wurden beantragt
	Datum der Beantragung:
	bei (Bezeichnung Stelle):
☐	ja (Bescheid ist einzureichen)
	☐ Am 31.12.2019 wurden bereits Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sechsten Kapitel des SGB XII bezogen.
	☐ Leistungen der Eingliederungshilfe wurden erst nach dem 01.01.2020 bezogen.

Bezug von Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch - SGB XI (Soziale Pflegeversicherung - bei Leistungen nach § 2 Nr. 3 LTeilhGG Bbg nicht relevant			
☐	Ich erhalte keine Leistungen der Pflegekasse.		
☐	Leistungen der Pflegekasse wurden beantragt.		
	Datum der Beantragung:		
	Beantragte Leistung:		
☐	Ich beziehe Leistungen der Pflegekasse. (Nachweis ist einzureichen)		
	Einstufung in	☐ Pflegegrad 1	☐ Pflegegrad 2	☐ Pflegegrad 3
		☐ Pflegegrad 4	☐ Pflegegrad 5	
	Leistung nach	☐ § 36 SGB XI – Pflegesachleistung		
		☐ § 37 SGB XI – Pflegegeld		
		☐ § 38 SGB XI – Kombinationsleistung		
		☐ § 39 SGB XI – Verhinderungspflege		
		☐ § 41 SGB XI – Tages-/Nachtpflege		
		☐ § 42 SGB XI – Kurzzeitpflege		
		☐ § 43 SGB XI – Stationäre Pflege		
		☐ andere:		
Bei Beantragung und Bezug von Leistungen der Pflegekasse:			
Name der Pflegekasse			
Anschrift			

Bezug von gleichartigen Leistungen wegen der diesem Antrag zugrundeliegenden Behinderung (Nachweis ist einzureichen)	
☐	nein
☐	ja
	☐ Entschädigungsleistungen nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch - SGB XIV (Soziale Entschädigung)
	☐ Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung
	☐ Leistungen aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge
	☐ Leistungen nach ausländischen Rechtsvorschriften
	☐ andere:

Nahe Angehörige (freiwillige Angabe)		
1.	Name	
	Anschrift	
	Verwandtschaftsverhältnis	
2.	Name	
	Anschrift	
	Verwandtschaftsverhältnis	
3.	Name	
	Anschrift	
	Verwandtschaftsverhältnis	

Bankverbindung	
Name Kontoinhaber	
Geldinstitut	
IBAN	
BIC	

Erklärung des Antragstellers

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind.

Ich wurde darüber belehrt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen der Tatsachen, die für die Gewährung maßgebend sind, unverzüglich anzuzeigen. Dazu gehört insbesondere:

- Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltsorts
- Änderung des Seh- und Hörvermögens
- Aufnahme in eine stationäre Einrichtung/besondere Wohnform
- Tatsachen, die zu einem Ausschluss des Anspruchs nach § 4 LTeilhGG Bbg führen (Freiheitsentzug oder Bezug von anderen Entschädigungsleistungen, die aufgrund der diesem Antrag zugrundeliegenden Behinderung gezahlt werden)
- Anspruch oder Erhalt von Sach- oder Geldleistungen, die zum Ausgleich der behinderungsbedingten Mehraufwendungen bestimmt sind

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich belangt werden kann.

Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich zu Unrecht erhaltene Beträge zurückzahlen muss, insbesondere, wenn die o. g. Mitwirkungspflichten nicht beachtet wurden.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten