

### Persönliche Angaben

<b>Name, Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geburtsort</b>
<b>Anschrift</b>	<b>Telefon</b>	<b>Geburtsname</b>
<b>E-Mail</b>	<b>Familienstand</b>	<b>Kinder (Anzahl)</b>
<b>anerkannte Behinderung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	GdB:
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Pflegegrad:

### gesetzliche Betreuung

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie der Bestellsurkunde beifügen)
Name, Vorname:
Telefonnummer:
Faxnummer:
E-Mail:

### Staatsangehörigkeit

<input type="checkbox"/> Deutsch
<input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaft eines EU-Staates, und zwar:
<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar des Staates:

### Aufenthaltsstatus (nur ausfüllen, wenn keine deutsche oder EU-Staatsangehörigkeit besteht)

<input type="checkbox"/> Aufenthalts- oder Niederlassungserlaubnis
<input type="checkbox"/> Asylbewerberin/Asylbewerber
<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Kopie der aktuellen Genehmigung der Ausländerbehörde ist beigefügt
<input type="checkbox"/> Kopie der aktuellen Genehmigung der Ausländerbehörde wird unverzüglich nachgereicht

### Ursache der Behinderung

<input type="checkbox"/> Schädigung vor vor/während/nach der Geburt ohne Fremdeinwirkung (z.B. Erkrankung)
<input type="checkbox"/> Schädigung während der Geburt durch Arzt- oder Hebammenfehler
<input type="checkbox"/> Schädigung vor/während/nach der Geburt
<input type="checkbox"/> durch Unfall
<input type="checkbox"/> durch Impfschaden
<input type="checkbox"/> durch vorsätzlichen Angriff

Name, Vorname

**Bestehen oder bestanden Ansprüche gegen einen Schädiger, gegenüber einer Versicherung oder Versorgungsamt?**

nein  ja  noch in rechtlicher Klärung

Es bestehen (voraussichtlich) Ansprüche gegen:

Name:

Anschrift:

**Wohnhilfen**

nein  ja (ggfs. Leistungsträger angeben):  
 ambulant betreutes Wohnen  besondere Wohnform  Wohnen in Gastfamilien  
 Sonstiges:

**Nutzen Sie in Ihrer Freizeit den öffentlichen Personen-Nahverkehr (Bus und Bahn)?**

nein  ja

**Besteht die Berechtigung für die Nutzung vergünstigter Tickets für Bus und Bahn (Sozialticket) oder die Nutzung einer Wertmarke zum Schwerbehindertenausweis?**

nein  ja  
 vergünstigtes ÖPNV-Ticket:  
(Art des vergünstigten ÖPNV-Tickets)

Wertmarke zum Schwerbehindertenausweis  
 kostenfrei  
 Eigenbeitrag

Sonstiges:

**Ich versichere, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Es ist mir bekannt, dass falsche und fehlerhafte Angaben einen Schadensersatzanspruch begründen und zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.**

**Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.**

**Hinweis:**

Die v. g. Angaben werden benötigt, um prüfen zu können, ob die **Voraussetzungen für die Gewährung von Eingliederungshilfe in Form der Beschäftigung im Arbeitsbereich der WfbM/des anderen Leistungsanbieters** vorliegen bzw. ob der LWL etwaige Ansprüche gegen Dritte hat.

Gemäß § 60 Abs. 1 SGB I sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung versagt werden, § 66 Abs. 1 SGB I.

(Ort, Datum) Unterschrift der antragstellenden Person/der gesetzlichen Betreuung