

Aktenzeichen LWL: _____

Persönliche Angaben**Person**

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort/-name		
Familienstand/Kinder		

Anschrift

Straße/Hausnummer	
Postleitzahl/Ort	
Telefon/Fax/E-Mail	

Betreuung

(Nur ausfüllen, wenn eine gesetzliche Betreuung eingerichtet ist)

Name, Vorname	
Straße/Hausnummer	
Postleitzahl/Ort	
Telefon/Fax/E-Mail	
Aufgabenkreis	

Staatsangehörigkeit

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

<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"/>	Asylbewerber
<input type="checkbox"/>	sonstige
<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

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Schädigung 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

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

Wurde/wird ein Rechtsstreit wegen des Eintritts der Behinderung geführt?

<input type="checkbox"/>	Nein , es bestehen/bestanden keine Ansprüche/Forderungen
<input type="checkbox"/>	Ja , es bestehen/bestanden Ansprüche und zwar gegen:
	Name:
	Anschrift:

Schwerbehindertenausweis:

<input type="checkbox"/>	Schwerbehindertenausweis
	Grad der Behinderung:
	Merkzeichen:

Wohnhilfen:

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, Kostenträger:
	<input type="checkbox"/> ambulant betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> besondere Wohnform (ehemals stationär)
	<input type="checkbox"/> Wohnen in Gastfamilien <input type="checkbox"/> Elternhaus <input type="checkbox"/> eigene Wohnung

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** 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:
-------------	---------------