

Hinweis nach § 9 Absatz 2 des Bundesdatenschutzgesetzes

Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 und 65 SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil) erhoben.

Stadt Dortmund
Sozialamt - Behinderte Menschen im Beruf
Hörder Bahnhofstr. 16
44263 Dortmund

Anlage zum Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe aus Mitteln der Ausgleichsabgabe

Vom Menschen mit Behinderung auszufüllen.

Die Anlage zum Antrag bitte zeitgleich mit dem Antrag einreichen!

Wichtiger Hinweis !!

Ist ohne diese Angaben die Zuständigkeit der Fachstelle nicht innerhalb der 2-Wochenfrist des § 14 Abs. 1 S. 3 SGB IX zu klären, wird der Antrag an einen Rehabilitationsträger weitergeleitet!

I. Angaben zur Person (schwerbehinderter Mensch)	
Name, Vorname:	Adresse:
Geburtsdatum:	Telefon:
II. Angaben zur Behinderung	
<input type="checkbox"/> besteht seit Geburt	<input type="checkbox"/> ist Folge eines Impfschadens
<input type="checkbox"/> ist durch Krankheit erworben	<input type="checkbox"/> ist Folge einer Berufskrankheit
<input type="checkbox"/> ist durch Unfall erworben	<input type="checkbox"/> ist Folge einer Gewalttat
<input type="checkbox"/> ist Folge einer Kriegsverletzung	<input type="checkbox"/> ist Folge einer Wehr/Zivildienstbeschädigung
Wenn Unfallfolge: <input type="checkbox"/> Privatunfall, <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, <input type="checkbox"/> Wegeunfall, <input type="checkbox"/> Fremdverschulden	
=> Bitte fügen Sie den vollständigen Feststellungsbescheid in Kopie bei!	
III. Angaben zu Rentenleistungen / Entschädigungsleistungen	
Ich erhalte eine Renten- oder Entschädigungsleistung <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Altersrente der Deutschen Rentenversicherung	
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente der Deutschen Rentenversicherung, <input type="checkbox"/> volle, <input type="checkbox"/> teilweise	
<input type="checkbox"/> Unfallrente der gesetzlichen Versicherung	
<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (z.B. BVG, OEG)	
=> Bitte fügen Sie den Renten- / Leistungsbescheid in Kopie bei!	
IV. Angaben zu Leistungen zur Teilhabe (Reha-Maßnahmen, Kuren) sowie zur Pflege	
z.B. von Krankenkasse, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Jobcenter, Pflegekasse,	

Eingliederungshilfe.

Ich habe innerhalb der letzten 2 Jahre eine der folgenden Leistungen erhalten / beantragt oder beziehe eine solche derzeit bzw. habe aktuell eine solche beantragt:

Leistung	Kostenträger	Zeitraum
<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation		
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben („Berufliche Rehabilitation“/Hilfsmittel)		
<input type="checkbox"/> Leistungen zur sozialen Teilhabe („Soziale Rehabilitation“)		
<i>=> Bitte fügen Sie den Leistungsbescheid in Kopie bei.</i>		
V. Nachweis der Schwerbehinderung bzw. Gleichstellung		
<input type="checkbox"/> Eine Kopie des Schwerbehindertenausweises oder Gleichstellungsbescheides und des Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes sind beigefügt.		
<input type="checkbox"/> Eine Kopie des Schwerbehindertenausweises oder Gleichstellungsbescheides und des Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes reiche ich nach.		

Erklärung

Ich versichere, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Datum, Unterschrift