Name, Vorname						
Geschäftszeichen		- Eingliederungshilfe -				
Zum Antrag vom						
Beantragte Leistung Hinweis; sofern Körperersatzstücke, orthopädische oder andere Hilfsmittel beantragt werden						
→	Diese Hilfsmittel werden nur dann instand gesetzt oder er bzw. ohne Ihre Schuld.	setzt, wenn sie unbrauchbar werden durch die natürliche Abnutzung				
Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden?	Nein Ja →	Kostenträger				
Kostenbeteiligung von (Stelle)	EUR →	für (z.B. Kur)				
Art der Behinderung oder Krankheit						
Entstehungsursache (z.B. Kriegsbeschädigung, Berufskrankheit, angeborenes Leiden)						
Schwerbehindert Nein Ja	Bitte Bescheid beifügen					
Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis aG H BI RF 1. KI G B T VB EB						
Leistungen nach dem Gesetz über die Gewährur erhalte ich nicht erhalte ich	ng von Pflegeleistungen	Stufe Bescheid beifügen				
Telebusausweis habe ich habe ich habe ich beantragt ist abgelehnt worden						
Bisher durchgeführte Maßnahmen:						
Letzte orthopädische Versorgung	am	Art				
	Kostenträger					
Ambulante Behandlung (auch Psychotherapien und verwandt Therapien)	von/bis	BehandeInde/r Arzt/Ärztin / Therapeut/Therapeutin				
	Kostenträger					
Stationäre Behandlung (u.a. Heilverfahren, Entzugsmaßnahmen)	von/bis	Krankenhaus, Sanatorium, behandelnde/r Arzt/Ärztin				
	Kostenträger					
Schulische oder berufliche Hilfe	Ausbildungsstelle	Art				
	Kostenträger					
Sonstige Maßnahmen	Art					
	Kostenträger					
untersuchende/r Arzt/Ärztin des Gesundheitsamtes						
(Name d. Arztes/Ärztin oder der Institution)						
D. Landesarzt/Landesärztin für darf dem Träger der Sozialhilfe die zur Entscheidung über meinen Antrag erforderlichen Untersuchungsergebnisse mitteilen.						
Unterschrift d. Antragstellenden/Datum Wonn Sie den die nebenstebend genenstelle Arzt/Össtin nicht von eeiner/über Sebweigenflicht enthinden kenn wegen mengeleder Mitwirkung der Antrag						
Wenn Sie den/die nebenstehend genannte/n Arzt/Ärztin nicht von seiner/ihrer Schweigepflicht entbinden, kann wegen mangelnder Mitwirkung der Antrag abgelehnt werden (§ 66 SGB I). Auf mein Widerspruchsrecht nach § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X und die möglichen Konsequenzen eines Widerspruchs (§ 66 SGB I) bin ich hingewiesen worden. Ich mache von diesem Widerspruchsrecht keinen Gebrauch.						
Listorschrift d. Astronctellanden/Datum						
Unterschrift d. Antragstellenden/Datum						

Name, Vorname					
Traine, remaine					
Geschäftszeichen		Anlage 4			
Zum Antrag vom		- Eingliederungshilfe -			
	Hinweis; sofern Körperersatzstück	ro arthonädiacha adar a	ndoro Hilfomittol boontroot w	ordon	
Beantragte Leistung			•		
→	bzw. ohne Ihre Schuld.	instand gesetzt oder ers		werden durch die natürliche Abnutzung	
Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden?	Nein	Ja →	Kostenträger		
Kostenbeteiligung von (Stelle)	EUR	→	für (z.B. Kur)		
Art der Behinderung oder Krankheit					
Entstehungsursache (z.B. Kriegsbeschädigung, Berufskrankheit, angeborenes Leiden)					
Schwerbehindert Nein Ja	Bitte Bescheid beifügen				
Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis					
	RF 1. KI	G 🔲	ВТ	□VB □EB	
Leistungen nach dem Gesetz über die Gewährung von Pflegeleistungen ☐ erhalte ich nicht ☐ erhalte ich ☐ erhalte ich ☐ Bitte Bescheid beifügen					
Telebusausweis habe ich habe ich	h nicht	habe ich beantr	agt	ist abgelehnt worden	
Bisher durchgeführte Maßnahmen:					
Letzte orthopädische Versorgung	am		Art		
	Kostenträger				
Ambulante Behandlung (auch Psychotherapien und verwandt Therapien)	von/bis	Behandelnde/r Arzt/Ärztin / Therapeut/Therapeutir		Ärztin / Therapeut/Therapeutin	
	Kostenträger				
Stationäre Behandlung (u.a. Heilverfahren, Entzugsmaßnahmen)	von/bis		Krankenhaus, Sanato	orium, behandelnde/r Arzt/Ärztin	
	Kostenträger				
Schulische oder berufliche Hilfe	Ausbildungsstelle		Art		
	Kostenträger		<u> </u>		
Sonstige Maßnahmen	Art				
	Kostenträger	Kostenträger			
untersuchende/r Arzt/Ärztin des Gesundheitsamtes					
(Name d. Arztes/Ärztin oder der Institution) D. Landesarzt/Landesärztin für darf dem Träger der Sozialhilfe die zur Entscheidung über meinen Antrag erforderlichen Untersuchungsergebnisse mitteilen.					
dan dem mager der Gozialnine die zur Entscheidung aber meinen Antrag entrachen Gritersachungsergebnisse mittelien.					
Unterschrift d. Antragstellenden/Datum					
Wenn Sie den/die nebenstehend genannte/n Arzt/Ärztin nicht von seiner/ihrer Schweigepflicht entbinden, kann wegen mangelnder Mitwirkung der Antrag abgelehnt werden (§ 66 SGB I). Auf mein Widerspruchsrecht nach § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X und die möglichen Konsequenzen eines Widerspruchs (§ 66 SGB I) bin ich hingewiesen worden.					
Ich mache von diesem Widerspruchsrecht keinen Gebrauch.					
Unterschrift d. Antragstellenden/Datum					
D. Antragsteller muss genau wissen, welche Stelle seine/ihre Daten erhält. Die vorherige Unterrichtung d. Antragstellenden muss sichergestellt werden. Ärztliche Untersuchungsbefunde dürfen – soweit dies für die Bearbeitung meines Antrags erforderlich ist – zugeleitet werden:					
Landesarzt/Landesärztin fürAmtsarzt/Amtsärztin_ Name d. Arztes/Ärztin oder genaue Angabe der Institution mit Bearbeiterzeichen					
Unterschrift d. Antragstellenden/Datum					
oroonini a. / initiagotollondon/Datum					