

Az.:

Eingangsdatum:

Antragsdatum:

**Antrag**

auf Gewährung von Leistungen nach Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)  
-Schwerbehindertenrecht- ( § 102 Abs.3 Nr. 1f SGB IX) i.V.m. § 25 Schwerbehinderten - Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

**Hilfe in besonderen Lebenslagen**

**Antragsteller:**

Name, Vorname		Geburtsdatum
Anschrift		Tagsüber, telefonisch erreichbar:
Erlerner Beruf und jetzige Tätigkeit		
Beschäftigt seit, als und bei (bitte Anschrift des Arbeitgebers angeben und Kopie des Arbeitsvertrages beifügen)		
Wöchentliche Arbeitszeit		
Konto-Nr.	Geldinstitut	Bankleitzahl
Monatliches Netto-Einkommen: (§ 18 Abs.2 Satz 2 SchwbAV)		Staatsangehörigkeit
Unterhaltsverpflichtungen		

**Bitte beachten!**

Ohne die Angaben zu den Ziffern 1 bis 8 ist die Bearbeitung des Antrages nicht möglich.

**1. Angaben zur Behinderung**

Ich bin schwerbehindert. (Kopie des SB-Ausweises und des Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes beifügen)

Ich bin durch die Agentur für Arbeit einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt. (Kopie des Gleichstellungsbescheides beifügen)

**2. Ursache der Behinderung**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kriegsbeschädigung     | <input type="checkbox"/> Impfschaden   | <input type="checkbox"/> Unfall          |
| <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung | <input type="checkbox"/> Gewalttat     | <input type="checkbox"/> Krankheit       |
| <input type="checkbox"/> Internierung           | <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall | <input type="checkbox"/> Berufskrankheit |
| <input type="checkbox"/> angeboren              |  |  |

### 3. Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen

- ja, gegen \_\_\_\_\_  
 nein

### 4. Ich habe für denselben Zweck zuletzt ein Darlehen bzw. einen Zuschuss erhalten

- nein  
 ja, am \_\_\_\_\_ bei/von \_\_\_\_\_ AZ: \_\_\_\_\_  
 (Bitte Kopie des Bescheides beifügen)

### 5. Ich habe einen Antrag bei einem anderen Träger gestellt

- nein  
 ja, am \_\_\_\_\_ bei/von \_\_\_\_\_ AZ: \_\_\_\_\_

### 6. Ich bin rentenversichert bei

- Deutsche Rentenversicherung Bund  
 Deutsche Rentenversicherung Brandenburg  
 sonstige; Name: \_\_\_\_\_  
 Vers.-Nr.:

### 7. Ich bin krankenversichert bei:

8. Ich beziehe zur Zeit eine Rente  
 ja genaue Bezeichnung angeben: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 nein

### Ich beantrage die Gewährung von:

\_\_\_\_\_

### Ausführliche Begründung des Antrages:

Bitte auf gesondertem Blatt vornehmen!

Das Vorhaben erfordert gemäß beigefügten Kostenvoranschlägen einen Gesamtaufwand von \_\_\_\_\_ € (3 Kostenvoranschläge einholen, wenn nur 1 Kostenvoranschlag vorliegt ist eine Begründung erforderlich).

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Integrationsamtes erforderlich sind und zum Teil karteimäßig erfasst oder maschinell gespeichert und verarbeitet werden (Bundesdatenschutzgesetz vom 27.01.1977 - BGBl. I S.201). Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des/der Antragstellers(in)