

Absender:  
(Maßnahmeträger)

Bezirk Mittelfranken  
-Sozialreferat-  
Danziger Str. 5  
91522 Ansbach

## Freizeitmaßnahme in der ambulanten Eingliederungshilfe

Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. §§ 55, 58 SGB IX)

für Name, Vorname	Geb.-Datum
-------------------	------------

Die oben genannte behinderte Antragstellerin bzw. der oben genannte behinderte Antragsteller nimmt in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ an einer Freizeitmaßnahme

- mit Begegnungsmaßnahme(n)
- mit Menschen ohne Behinderung
- mit Menschen mit Behinderung

in

\_\_\_\_\_  
(Ort, Land, Träger der Einrichtung)

\_\_\_\_\_ teil.

Die Maßnahme ist auf die besonderen Bedürfnisse der teilnehmenden behinderten Menschen abgestellt und erfolgt unter Mitwirkung von Fachkräften oder von in der Behindertenarbeit erfahrenen Personen. Sie beinhaltet aktive integrationsbezogene Arbeit innerhalb der Gruppe und/oder Kontakte zur Bevölkerung.

- Ja  Nein

Anzahl der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer an der Maßnahme:

\_\_\_\_\_ Menschen mit Behinderungen, \_\_\_\_\_ Menschen ohne Behinderungen; \_\_\_\_\_ Betreuungspersonen.

Folgende Kosten fallen an:

\_\_\_\_\_ Tage á \_\_\_\_\_ €, insgesamt \_\_\_\_\_ €

abzüglich öffentl.-rechtliche Zuschüsse \_\_\_\_\_ €  
Private Zuschüsse \_\_\_\_\_ €

ungedeckter Kostenanteil \_\_\_\_\_ €

Dem Antrag liegt eine Übersicht über die geplante Gesamtfinanzierung sowie eine ausführliche Beschreibung des geplanten Ablaufprogramms der Freizeitmaßnahme bei.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Hinweis: Die geforderten Angaben sind für die  
Gewährung von Sozialhilfeleistungen notwendig.  
Rechtsgrundlage sind die §§ 60 – 65  
Sozialgesetzbuch I (SGB I)

## Sozialhilfeantrag (gekürzt)

auf Übernahme von Kosten für eine Freizeitmaßnahme in der ambulanten Eingliederungshilfe

### 1. Persönliche Verhältnisse der Hilfesuchenden bzw. des Hilfesuchenden

Name, Vorname	Geb.-Datum	Geburtsort und -land
Staatsangehörigkeit	Familienstand	Beruf
Anschrift		Telefon
Personalien, Anschrift, Telefon der evtl. gesetzliche Betreuerin bzw. des evtl. gesetzlichen Betreuers		
Art der Behinderung Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes beifügen		

### 2. Wirtschaftliche Verhältnisse

<b>Folgende Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch 12. Buch (SGB XII) werden bezogen</b> Bitte über diese Angaben Belege beifügen <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege <input type="checkbox"/> andere Sozialleistungen (z.B. Renten, Zivilblindenpflegegeld) Bitte Art und Höhe angeben:	
<b>Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber</b>  falls WfbM: <input type="checkbox"/> Berufsbildungsbereich <input type="checkbox"/> Arbeitsbereich	<b>Krankenkasse</b>
<b>Nettoeinkommen</b> (mtl., Art) Bitte über diese Angaben Belege beifügen	
<b>Vermögen</b> (Barmittel, Spar- oder Bankguthaben, Grund- und Hausbesitz, Wertpapiere, Erbansprüche) Bitte über diese Angaben Belege beifügen	
<b>Miete (oder Belastungen für Eigenheim oder Eigentumswohnung) ohne Heizkostenpauschale</b> Bitte über diese Angaben Belege beifügen  mtl. _____ €  Wohngeld _____ €, Untermieteinnahmen _____ € (leer/möbliert)	

### 3. Familienverhältnisse

Zu- und Vorname	Geb.-Datum	Verwandtschaftsverhältnis	Staats-angeh.	Beruf, Arbeitsstelle	Einkommen (Art und Höhe)	Vermögen (Art und Höhe)
Angehörige im Haushalt						

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers oder Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I – SGB I). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – StGB) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss. Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit – z.B. Krankenhausaufenthalte), (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen der fehlenden Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers