

GZ.:
Eingangsdatum:
Antragsdatum:

Antrag

auf Gewährung von Leistungen nach Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)
 -Schwerbehindertenrecht - § 185 Abs.3 Nr. 1 d) SGB IX i. V. m. § 22 Schwerbehinderten - Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

Hilfe zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung

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)			
Beamter: <input type="checkbox"/> ja : <input type="checkbox"/> nein Selbständig: <input type="checkbox"/> nein : <input type="checkbox"/> ja, gesetzlich rentenversichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wöchentliche Arbeitszeit			
IBAN		BIC	
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"/> angeboren | <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung | <input type="checkbox"/> Berufskrankheit |
| <input type="checkbox"/> Impfschaden | <input type="checkbox"/> Gewalttat | <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall |
| <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> Unfall | |

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 eine Rente

- ja genaue Bezeichnung angeben: _____

 nein

Ich beantrage die Gewährung von Leistungen:

- zur Schaffung von behinderungsgerechtem Wohnraum im Sinne des § 2 Abs. 2 des Zweiten Wohnungsbaugesetzes
 zur Anpassung von Wohnraum und seiner Ausstattung an die besonderen behinderungsbedingten Bedürfnisse
 zum Umzug in eine behinderungsgerechte oder erheblich verkehrsgünstiger zum Arbeitsplatz gelegene Wohnung

Ausführliche Begründung des Antrages:

Bitte auf gesondertem Blatt vornehmen!

Das Vorhaben erfordert gemäß beigefügtem 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)