



ANTRAG

**auf Gewährung von Teilhabegeld an schwerbehinderte, blinde und gehörlose Menschen nach dem  
Landesteilhabegeldgesetz (LTeilhGG)**

**1. Ich beantrage die Leistungen des Landesteilhabegeldgesetzes gemäß § 2 LTeilhGG aufgrund  
folgender Anspruchsvoraussetzung:**

Nr. 1 Personen ohne Anspruch auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch	
a) mit Verlust beider Beine im Oberschenkelbereich oder beider Hände	<input type="checkbox"/>
b) mit Lähmungen oder mit gleichartigen Behinderungen, wenn dadurch auf Dauer (voraussichtlich min. 6 Monate) Betreuungsbedarf zur Sicherung der körperlichen Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung besteht.	<input type="checkbox"/>
Nr. 2 blinde Menschen und Ihnen nach § 72 Abs. 5 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) gleichgestellten Personen	
Nr. 3 gehörlose Menschen	
a) mit angeborener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>
b) mit bis zum 7. Lebensjahr erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>
c) Personen die erst später die Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit erworben haben, wenn der Grad der Behinderung wegen schwerer Sprachstörungen 100 beträgt	<input type="checkbox"/>
Nr. 4 taubblinde Menschen	<input type="checkbox"/>

Nachweis über Zeitpunkt der ersten Feststellung der Gehörlosigkeit. (ärztliche Unterlagen)

Nachweise, dass die Gehörlosigkeit von Geburt an, oder bis zum 7. Lebensjahr erworben wurde.  
(ärztliche Unterlagen)

Bescheid über die Feststellung des Grades der Schwerbehinderung vom Landesamt für Soziales und  
Versorgung sowie der Schwerbehindertenausweis sind vorzulegen.

## 2. Persönliche Angaben des Antragsstellers / der Antragstellerin

<b>Familienname:</b>				
<b>Vorname:</b>				
<b>Geburtsname:</b>				
<b>Geburtsdatum / -ort:</b>				
<b>Familienstand:</b>	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet			
<b>Wohnanschrift:</b>				
<b>Telefonnummer/ E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)</b>				
<b>krankenversichert bei:</b>				
<b>Anschrift:</b>				
<b>Versicherungsnummer:</b>				
<b>Schwerbehindertenausweis</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Versorgungsamt</b>				
<b>ausgestellt am:</b>				<b>gültig bis:</b>
<b>Merkzeichen:</b>	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> GL <input type="checkbox"/> TBI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> RF			
<b>Grad der Behinderung:</b>				
<b>Geschäftszeichen:</b>				
<b>Bankverbindung</b>				
<b>Geldinstitut:</b>				
<b>BIC:</b>				
<b>IBAN:</b>				
<b>Kontoinhaber:</b>				
<b>Steuer-ID:</b>				
<b>Schulbesuch:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Erwerbstätigkeit</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

<b>Leben Sie in einer stationären Einrichtung oder besonderen Wohnform?</b>			
<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	
<input type="checkbox"/> Pflegeheim / Kurzzeitpflege		<input type="checkbox"/> besondere Wohnform	<input type="checkbox"/> sonstige Tagesbetreuungsstätte
Name und Anschrift der Einrichtung:			

**3. Angaben zum Bevollmächtigten / Betreuer / nahen Angehörigen**

<b>Art:</b>	<input type="checkbox"/> rechtliche/r Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> Personensorgeberechtigte/r
<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	

<b>Nahe Angehörige</b>		
1.	Name	
	Anschrift	
2.	Name	
	Anschrift	
3.	Name	
	Anschrift	
	Verwandtschaftsverhältnis	
	Verwandtschaftsverhältnis	

**(Kopie der Vollmacht oder der gerichtlichen Bestellung beifügen)**

**4. Es werden folgende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften bezogen:**

<b>Bezug von Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch - SGB XII (Sozialhilfe)</b>	
<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	Leistungen wurden beantragt
	Datum der Beantragung:
	bei (Bezeichnung Stelle):
<input type="checkbox"/>	Ja

**Bezug von Leistungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung)**

<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	Leistungen wurden beantragt
	Datum der Beantragung:
	bei (Bezeichnung Stelle):
<input type="checkbox"/>	ja (Bescheid ist einzureichen)
	<input type="checkbox"/> Am 31.12.2019 wurden bereits Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sechsten Kapitel des SGB XII bezogen.
	<input type="checkbox"/> Leistungen der Eingliederungshilfe wurden erst nach dem 01.01.2020 bezogen.

**Bezug von Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch - SGB XI (Soziale Pflegeversicherung - bei Leistungen nach § 2 Nr. 3 LTeilhGG nicht relevant)**

<input type="checkbox"/>	Ich erhalte keine Leistungen der Pflegekasse.			
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse wurden beantragt			
	Datum der Beantragung:			
	Beantragte Leistung:			
<input type="checkbox"/>	Ich beziehe Leistungen der Pflegekasse. (Nachweis ist einzureichen)			
	Einstufung in	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3
		<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	
	Leistung nach	<input type="checkbox"/> § 36 SGB XI – Pflegesachleistung		
		<input type="checkbox"/> § 37 SGB XI – Pflegegeld		
		<input type="checkbox"/> § 38 SGB XI – Kombinationsleistung		
		<input type="checkbox"/> § 39 SGB XI – Verhinderungspflege		
		<input type="checkbox"/> § 41 SGB XI – Tages-/Nachtpflege		
		<input type="checkbox"/> § 42 SGB XI – Kurzzeitpflege		
		<input type="checkbox"/> § 43 SGB XI – Stationäre Pflege		
		<input type="checkbox"/> andere:		
Bei Beantragung und Bezug von Leistungen der Pflegekasse:				
Name der Pflegekasse				
Anschrift				

**Bezug von gleichartigen Leistungen wegen der diesem Antrag zugrundeliegenden Behinderung**

<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/> Entschädigungsleistungen nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch - SGB XIV (Soziale Entschädigung)
	<input type="checkbox"/> Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung
	<input type="checkbox"/> Leistungen aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge
	<input type="checkbox"/> Leistungen nach ausländischen Rechtsvorschriften
	<input type="checkbox"/> andere:

**(Kopie des aktuellen Bewilligungsbescheides beifügen)**

**5. Erklärung des Antragsstellers / der Antragstellerin**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind.

Ich wurde darüber belehrt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen der Tatsachen, die für die Gewährung maßgebend sind, unverzüglich anzugeben. Dazu gehört insbesondere:

- Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltsorts (Umzug)
- Leistungen der Pflegeversicherung (Pflegegrad, Geldleistung, Sachleistungen)
- Änderung des Seh- und Hörvermögens
- Aufnahme in eine stationäre Einrichtung/besondere Wohnform
- Tatsachen, die zu einem Ausschluss des Anspruchs nach § 4 LTeilhGG führen (Freiheitsentzug oder Bezug von anderen Entschädigungsleistungen, die aufgrund der diesem Antrag zugrundeliegenden Behinderung gezahlt werden)
- Anspruch oder Erhalt von Sach- oder Geldleistungen, die zum Ausgleich der behinderungsbedingten Mehraufwendungen bestimmt sind

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich belangt werden kann.

Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich zu Unrecht erhaltene Beträge zurückzahlen muss, insbesondere, wenn die o. g. Mitwirkungspflichten nicht beachtet wurden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift  
Antragsteller/in  
Bevollmächtigte/r / Betreuer/in /  
Personensorgeberechtigte/r**Anlagen**

Anlage 1 – Hinweise für die Beantragung einer Leistung nach dem LTeilhGG  
Anlage 2 - Datenschutzinformation