



**Antrag auf die Gewährung von Leistungen nach dem  
 Landesteilhabegeldgesetz Brandenburg  
 (LTeilhGG Bbg)**

Eingangsvermerk:

- für schwerbehinderte Menschen gem. § 2 Nr. 1 LTeilhGG Bbg
  - Verlust beider Beine im Oberschenkelbereich
  - Verlust beider Hände
  - Lähmungen oder gleichartige Behinderungen
- für blinde Menschen gem. § 2 Nr. 2 LTeilhGG Bbg
  - Blindheit
  - blinden Menschen gem. § 72 Abs. 5 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) gleichgestellte Personen
- für gehörlose Menschen gem. § 2 Nr. 3 LTeilhGG Bbg
  - angeborene Taubheit bzw. an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit
  - bis zum 7. Lebensjahr erworbene Taubheit bzw. an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit
  - Taubheit bzw. an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit später erworben, aber Grad der Behinderung beträgt wegen schwerer Sprachstörungen 100 vom Hundert
- für taubblinde Menschen gem. § 2 Nr. 4 LTeilhGG Bbg
- im Rahmen der Übergangsregelung gem. § 12 LTeilhGG Bbg (Besitzstand)

Persönliche Verhältnisse Antragsteller/in			
Familienname			
Vorname(n)			
Geburtsdatum			
Wohnanschrift	<input type="checkbox"/> eigene Wohnung/eigenes Haus (Miete oder Eigentum) <input type="checkbox"/> ambulant betreute Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> stationäres Pflegeheim <input type="checkbox"/> besondere Wohnform der Eingliederungshilfe		
	Anschrift: <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>		
Ggf. zusätzlich	<input type="checkbox"/> Ich befinde mich in teilstationärer Betreuung (z. B. Tagespflege, Beschäftigung in der Werkstatt für behinderte Menschen o. ä.).		
	Anschrift: <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>		

<b>Gesetzlicher Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter</b> (Nachweis ist einzureichen)	
Name	
Anschrift	
Telefon	

<b>Angaben zur Schwerbehinderung</b>		
<input type="checkbox"/>	Es liegt noch kein Schwerbehindertenausweis vor.	
<input type="checkbox"/>	Ein Schwerbehindertenausweis wurde beantragt.	
	Datum der Beantragung:	
<input type="checkbox"/>	Ein Schwerbehindertenausweis liegt vor. (Nachweis ist einzureichen)	
	<input type="checkbox"/> dieser ist unbefristet	<input type="checkbox"/> dieser ist befristet bis:
	Bewilligt wurden folgende Merkzeichen:	
	<input type="checkbox"/> BI (blind)	<input type="checkbox"/> GI (gehörlos), seit: <input type="checkbox"/> TBI (taubblind)

<b>Haben Sie bereits zuvor entsprechende Leistungen bezogen?</b>	
<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja, es wurden Leistungen von folgender Stelle bezogen (Bescheid ist einzureichen):

<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 (Bescheid ist einzureichen)

**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 Bbg 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 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**  
(Nachweis ist einzureichen)

<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:

**Nahe Angehörige** (freiwillige Angabe)

1.	Name	
	Anschrift	
	Verwandtschaftsverhältnis	
2.	Name	
	Anschrift	
	Verwandtschaftsverhältnis	
3.	Name	
	Anschrift	
	Verwandtschaftsverhältnis	

**Bankverbindung**

Name Kontoinhaber	
Geldinstitut	
IBAN	
BIC	

### **Erklärung des Antragstellers**

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 anzuzeigen. Dazu gehört insbesondere:

- Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltsorts
- Änderung des Seh- und Hörvermögens
- Aufnahme in eine stationäre Einrichtung/besondere Wohnform
- Tatsachen, die zu einem Ausschluss des Anspruchs nach § 4 LTeilhGG Bbg 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 wesentlich 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 des Antragstellers oder des  
gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten