

## Anlage zum Antrag auf Eingliederungshilfe

Name, Vorname:

### Verfügbare und aktivierbare Ressourcen einschließlich Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger

		Inanspruchnahme - Namen, Ansprechpartner, Telefon, E-Mail - Leistungsumfang und -dauer
<input type="checkbox"/>	Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)	
<input type="checkbox"/>	Sozialraum	
<input type="checkbox"/>	Sozialberatung	
<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung	
<input type="checkbox"/>	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)	
<input type="checkbox"/>	Sozialpsychiatrischer Dienst	
<input type="checkbox"/>	Suchtberatung	
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III)	
<input type="checkbox"/>	Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Häusliche Krankenpflege (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) z.B. Krankengymnastik	
<input type="checkbox"/>	Institutsambulanz (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie (SGB V)	

Name, Vorname \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Soziotherapie (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Berufliche und medizinische Rehabilitation (SGB VI)	
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)	
<input type="checkbox"/>	Integrationsfachdienst (SGB IX)	
<input type="checkbox"/>	Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)	
<input type="checkbox"/>	Mobilitätshilfen (SGBXII)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (z.B. Opferentschädigung)	
<input type="checkbox"/>	Sonstige Hilfen	

Bezugspersonen, Person des Vertrauens		
Name, Vorname		
Anschrift		
Telefon	mobil	E-Mail
Art der Beziehung		

Datum, Unterschrift
---------------------