

# Stammdatenschema S03000508V1.0

## Metadatum Inhalt

ID S03000508V1.0

## Struktur

- 1 **F03015240V0.1** Abfrage Antrag auf Leistung der Eingliederungshilfe für Erwachsene oder Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche : Text aus **Codeliste:** Abfrage Eingliederungshilfe  
*Was möchten Sie aufrufen?*
- 0:1 **G03006562V1.0** Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe für Erwachsene (TA NDS)  
*Antrag auf Eingliederungshilfe für Erwachsene*
  - 1 **G03000547V3.0** Antragstellende Person (SGB XII)  
*Antragstellende Person*
    - 1 **F03001184V1.4** Antragstellung durch (SGB XII): Text aus **Codeliste:** Antragstellung durch  
*Antragstellung durch*
  - 0:1 **G03001035V4.0** Stellvertreter/in (SGB XII)  
*Stellvertreter/in*
    - 1 **F03007768V1.0** Hinweis Antragstellung (statisch): Text  
*Sie haben ausgewählt, dass Sie den Antrag nicht für sich selbst, sondern für eine andere Person stellen. Bitte tragen Sie im Folgenden Ihre Daten (Nachname, Vorname, Ihre Anschrift) ein und laden Sie die entsprechende Vollmacht (Betreuerausweis, Bestellsurkunde o.ä.) hoch. Anschließend können Sie die Daten für die betroffene Person hinterlegen.*
- 0:1 **F03002117V2.1** Name der Institution: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]
- 1 **F60000227V1.1** Familienname: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "120"}]
- 0:1 **F03000648V1.2** Namenszusatz: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]
- 0:1 **F03000649V1.2** Akademischer Grad: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "255"}]
- 1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "80"}]
- 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "55"}]
- 1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "11"}]
- 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength": "5", "pattern": "([0]{1}[1-9]{1})[1-9]{1}[0-9]{1}[0-9]{3}", "maxLength": "5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "50"}]

- 0:1 **F60000248V1.1** Anschrift Zusatzangaben: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "21"}]  
*Adresszusatz*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:20 **F03000486V1.2** Nachweis/Kopie der Bestellsurkunde: Anlage  
*Nachweis/Kopie der Bestellsurkunde/Betreuerausweis/Vorsorgevollmacht/schriftliche Vollmacht*
- 0:20 **F03004195V1.2** Nachweis der gesetzlichen Vertretung: Anlage
- 0:1 **F03013182V0.2** Checkbox minderjährige Kinder: Wahrheitswert  
*Als Elternteil eines minderjährigen, betroffenen Kindes, ist kein Nachweis erforderlich.*
- 1 **G03003277V2.0** Hilfesuchende Person (EGH EW)  
*Hilfesuchende Person*
  - 0:1 **F03007901V1.0** Hinweis Stellvertreter/in (statisch): Text  
*Hinweis für betreuende Personen, bevollmächtigte Personen und gesetzliche Vertretungen: Bitte beachten Sie, dass sich diese und alle folgenden Angaben auf die Person beziehen, für die Sie den Antrag stellen.*
  - 0:1 **F03014518V1.0** Hinweis Informationen zur Person (statisch): Text  
*Bitte geben Sie die erforderlichen Informationen zu Ihrer Person an.*
  - 1 **F60000227V1.1** Familienname: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "120"}]
  - 0:1 **F03000648V1.2** Namenszusatz: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]
  - 0:1 **F60000230V1.1** Geburtsname: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "75"}]
  - 0:1 **F03000649V1.2** Akademischer Grad: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "255"}]
  - 1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "80"}]
  - 1 **F03000647V1.4** Geburtsdatum (TFG): Datum  
*Geburtsdatum*
  - 0:1 **F03010118V1.0** Hinweis Geburtsdatum (EGH) (statisch): Text  
*Hinweis: Sie sind noch nicht volljährig, bitte stellen Sie einen Antrag auf Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche.*
  - 1 **F60000234V1.1** Geburtsort: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "80"}]
  - 1 **F60000332V1.2** Geschlecht : Text aus **Codeliste**: geschlecht  
*Geschlecht*

- 1 **F03003547V1.0** Familienstand (SGB XII): Text aus **Codeliste:** Familienstand (SGB XII)  
*Familienstand*
- 0:1 **F03003105V1.1** seit (SGB XII): Datum  
*seit*
- 1 **F03001178V1.2** Besitzen Sie die deutsche Staatsangehörigkeit? (SGB XII): Text aus **Codeliste:** Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Besitzen Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?*
- 0:1 **G03006309V1.0** Angaben zur Staatsangehörigkeit (EGH EW)  
*Angaben zur Staatsangehörigkeit*
  - 0:1 **F03001179V1.1** Besitzen Sie eine zweite Staatsangehörigkeit? (SGB XII): Text aus **Codeliste:** Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Besitzen Sie eine zweite Staatsangehörigkeit?*
  - 0:1 **F03010274V1.1** Staatsangehörigkeit: Text aus **Codeliste:** Staatsangehörigkeit(HzP)
  - 0:1 **F03001181V1.3** Wie ist Ihr aufenthaltsrechtlicher Status? (SGB XII): Text aus **Codeliste:** Aufenthaltsstatus  
*Wie ist Ihr aufenthaltsrechtlicher Status?*
- 0:20 **F03007970V1.0** Nachweis aufenthaltsrechtlicher Status: Anlage
- 0:1 **F03001207V1.0** Sind Sie Spätaussiedler/in? (SGB XII): Text aus **Codeliste:** Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Sind Sie Spätaussiedler/in?*
- 0:1 **G03001496V1.1** Angaben zur Einreise und Bürgerschaft (SGB XII)  
*Angaben zur Einreise und Bürgerschaft*
  - 1 **F03003654V1.1** Warum sind Sie in Deutschland eingereist? (SGB XII): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Warum sind Sie in Deutschland eingereist?*
  - 1 **F03003655V1.0** Datum der Einreise (SGB XII): Datum  
*Datum der Einreise*
  - 1 **F03003656V1.1** Wer hat Sie eingeladen und für Sie gebürgt? (SGB XII): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Wer hat Sie eingeladen und für Sie gebürgt?*
- 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
- 1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
- 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1})[1-9]{1}[0-9]{1}[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*

- 0:1 **F03002025V1.0** Ausgeübte Tätigkeit (SGB XII): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ausgeübte Tätigkeit*
- 1 **F03009734V1.1** Anschrift hilfesuchende Person (EGH EW): Text aus **Codeliste**: Anschrift Hilfesuchende Person  
*Bei der angegebenen Adresse handelt es sich um die Anschrift*
- 0:1 **F03002082V1.0** Name der Einrichtung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03013960V0.1** Sonstiges Anschrift (EGH K+J): Text  
*Sonstiges*
- 1 **F03009776V1.0** Abfrage Wohnsitz vor 2 Monaten (EGH): Wahrheitswert  
*Haben Sie in den letzten zwei Monaten auch unter einer anderen Wohnanschrift gelebt?*
- 0:1 **F03009777V0.1** Hinweis- letzte Wohnanschrift (EGH) (statisch): Text  
*Hinweis: Sollten Sie in den letzten zwei Monaten auch unter einer oder mehrerer anderer Wohnanschriften gelebt haben, machen Sie im Folgenden bitte Angaben dazu.*
- 0:6 **G03003443V1.0** Letzte Wohnanschrift (EGH)  
*Letzte Wohnanschrift*
  - 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
  - 1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
  - 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}([1-9]{1}[0-9]{1}){0-3}","maxLength":"5"}]
  - 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 1 **G03002883V2.0** Früherer Bezug von Eingliederungshilfe (EGH)  
*Angaben über früheren Bezug von Eingliederungshilfe*
  - 0:1 **F03008062V1.0** Abfrage Leistungsbezug EGH: Text aus **Codeliste**: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Beziehen Sie aktuell Leistungen der Eingliederungshilfe oder haben Sie früher Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen?*
  - 0:\* **G03002884V2.0** Angaben zum Leistungsbezug der Eingliederungshilfe
    - 1 **F03008063V1.0** Art der Leistung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
    - 1 **F03008065V1.1** Name des Leistungsträgers (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Name des Leistungsträgers (Behörde)*
    - 0:1 **F03008066V1.0** EGH-Leistungsbezug bis: Datum  
*Leistungsbezug bis*
    - 0:1 **F03010359V1.0** laufender Leistungsbezug (EGH): Wahrheitswert  
*laufender Leistungsbezug*
    - 0:20 **F03010303V0.1** Nachweis Leistungsbezug: Anlage

**1 G03002801V2.0** Beantragte Leistungen(EGH)*Beantragte Leistungen*

- 0:1 **F03007740V1.0** Einstiegsfrage Angabe zu Leistungsform EGH (statisch): Text  
*Welche Leistung möchten Sie beantragen? Wenn Sie bereits wissen, welche Leistung die hilfeschende Person beantragen möchte, können Sie diese hier auswählen. Sie können auch mehrere Leistungen auswählen. Diese Angabe ist nicht bindend. Sollte sich im späteren Gespräch mit der Sachbearbeiterin/dem Sachbearbeiter herausstellen, dass weiterer oder anderer Bedarf besteht, wird dieser ebenfalls berücksichtigt. Wenn Sie noch nicht sicher sind, welche Leistung/en die hilfeschende Person benötigt, wählen Sie „Ich möchte keine spezielle Leistungsform“ beantragen. Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter wird dann im persönlichen Gespräch gemeinsam mit Ihnen den Bedarf der hilfeschenden Person ermitteln.*
- 0:1 **F03014787V1.0** Leistung (statisch): Text  
*Durch Auswahl einer Leistung erhalten Sie nähere Informationen zu der Leistung.*
- 0:1 **F03007735V1.1** Auswahl Leistungsform med. Reha (EGH): Wahrheitswert  
*Leistungen zur medizinischen Rehabilitation*
- 0:1 **F03014668V1.0** Hinweis Leistungen 2 (statisch): Text  
*Erläuterung: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dienen dazu, eine gesundheitliche Beeinträchtigung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Leistungen der medizinischen Rehabilitation umfassen unter anderem Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, sowie Hilfsmittel wie Rollatoren, Rollstühle oder Prothesen, Arznei- und Verbandsmittel oder auch Rehabilitationssport, Funktionstraining oder Psychotherapie. Diese Aufzählung ist nicht abschließend.*
- 0:1 **F03007736V1.0** Auswahl Leistungsform Teilhabe am Arbeitsleben (EGH): Wahrheitswert  
*Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*
- 0:1 **F03014669V1.0** Hinweis Leistungen 3 (statisch): Text  
*Erläuterung: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen alle Leistungen, die notwendig sind, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen unter anderem die Beanspruchung des Budgets für Arbeit oder die Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Anbieter. Diese Aufzählung ist nicht abschließend.*
- 0:1 **F03007737V1.0** Auswahl Teilhabe an Bildung (EGH): Wahrheitswert  
*Leistungen zur Teilhabe an Bildung*
- 0:1 **F03014670V1.0** Hinweis Leistungen 4 (statisch): Text  
*Erläuterung: Leistungen zur Teilhabe an Bildung umfassen insbesondere Hilfen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung sowie zur Weiterbildung. Zu diesen Leistungen gehört z.B. die behinderungsbedingte Ausstattung eines Laptops zu Lernzwecken, der Einsatz eines Schulhelfers / einer Schulhelferin oder einer Schulassistentin oder einer Hochschulhilfe. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Die Erlernung eines Ausbildungsberufs fällt nicht in diese Kategorie, sondern ist eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.*

- 0:1 **F03007738V1.1** Auswahl Leistungen zur sozialen Teilhabe (EGH): Wahrheitswert  
*Leistungen zur sozialen Teilhabe (hierzu zählen auch heilpädagogische Leistungen)*
- 0:1 **F03014671V1.0** Hinweis Leistungen 5 (statisch): Text  
*Erläuterung: Die Leistungen der sozialen Teilhabe umfassen Leistungen, die eine Teilhabe am sozialen Leben in der Gesellschaft ermöglichen. Dazu gehören beispielsweise Leistungen zur Mobilität (z.B. Behindertenfahrdienste), Unterstützung bei der Haushaltsführung durch eine Assistentkraft, Hilfsmittel zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (z.B. barrierefreier PC), heilpädagogische Leistungen in Kindertagesstätten und Schulen oder auch der behindertengerechte Umbau eines Badezimmers. Diese Aufzählung ist nicht abschließend.*
- 0:1 **F03009299V1.0** keine Auswahl (EGH): Wahrheitswert  
*Ich möchte keine spezielle Leistungsform auswählen*
- 0:1 **F03009896V1.0** Auswahl Leistungsform persönliches Budget (EGH): Wahrheitswert  
*Ich habe Interesse daran, die beantragten Leistungen als persönliches Budget zu erhalten und möchte darüber aufgeklärt werden.*
- 0:1 **F03014678V1.0** Hinweis Leistungen 6 (statisch): Text  
*Erläuterung: Wenn Sie sich für das persönliche Budget entscheiden, wird die erforderliche Hilfe als Geldleistung direkt an Sie ausbezahlt. In diesem Fall müssten Sie die Hilfe selbst organisieren und können auch selbst bestimmen, wer diese Hilfe leisten soll. Nähere Auskünfte erhalten Sie von Ihrer zuständigen Behörde.*
- 0:1 **F03009735V1.1** Schilderung der persönlichen Lage (EGH EW): Text[{"minLength":"1","maxLength":"255"}]  
*Bitte schildern Sie Ihre aktuelle Situation. Machen Sie Angaben dazu, wobei Sie Hilfe benötigen und welche Hilfen benötigt werden.*
- 1 **G03003283V2.0** Kranken- und Pflegeversicherung
- 1 **F03010493V1.0** Wie sind Sie krankenversichert? (SGB XII): Text[{}]  
*Wie sind Sie krankenversichert?* aus **Codeliste:** Art Krankenversicherung
- 0:1 **G03004133V3.0** Angaben zur gesetzlichen Krankenversicherung
- 1 **F03007821V1.0** Gesetzlich versichert: Text aus **Codeliste:** Gesetzlich versichert
- 0:1 **F03007824V1.0** Name der Krankenkasse: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03007822V1.0** Monatlicher Beitrag (in Euro): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]
- 0:1 **F03007825V1.0** Krankenversicherungsnummer: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:20 **F03002088V1.1** Kopie Mitgliedsbescheinigung / Kopie Gesundheitskarte: Anlage
- 0:1 **G03004134V2.0** Angaben zur privaten Krankenversicherung
- 1 **F03007824V1.0** Name der Krankenkasse: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03001761V1.0** Monatlicher Beitrag Krankenversicherung (in Euro): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]
- 0:1 **F03008918V1.0** Monatlicher Beitrag Pflegeversicherung (in Euro): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]

- 1 **F03007825V1.0** Krankenversicherungsnummer: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 1:20 **F03002088V1.1** Kopie Mitgliedsbescheinigung / Kopie Gesundheitskarte: Anlage
  - 1 **F03002031V1.1** Sind Sie beihilfeberechtigt? (SGB XII): Text aus **Codeliste**: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Sind Sie beihilfeberechtigt/heilfürsorgeberechtigt?*
  - 0:1 **F03010273V1.0** Name der Beihilfestelle: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 0:1 **F03000021V1.3** Geschäftszeichen: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 1 **F03003093V1.1** Wurde bei Ihnen bereits ein Pflegegrad festgestellt?: Text aus **Codeliste**: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)
- 0:1 **F03001763V1.1** Welchen Pflegegrad besitzen Sie? (SGB XII): Text aus **Codeliste**: Pflegegrad  
*Welchen Pflegegrad besitzen Sie?*
- 0:1 **F03003526V1.1** Haben Sie einen Antrag auf Höherstufung gestellt?: Text aus **Codeliste**: HöherstufungPflegegrad(HzP)
- 0:1 **F03009934V1.0** Datum Antragstellung Höherstufung (EGH): Datum  
*Datum des Antrags auf Höherstufung*
- 0:1 **F03009933V1.0** Aktenzeichen Höherstufung (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen Höherstufung*
- 0:20 **F03003575V1.0** Nachweis Pflegegutachten: Anlage
- 0:20 **F03009031V1.0** Nachweis Antrag Höherstufung: Anlage
- 0:20 **F03009032V1.0** Nachweis Ablehnung Höherstufung: Anlage
- 0:1 **F03010175V1.0** Haben Sie einen Pflegegrad beantragt?: Text aus **Codeliste**: Pflegegrad neu
- 0:1 **F03009931V1.0** Datum Antragstellung Pflegegrad (EGH): Datum  
*Datum des Antrags auf Pflegegrad*
- 0:1 **F03009932V1.0** Aktenzeichen Pflegegrad (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:20 **F03009033V1.0** Nachweis Antrag Pflegegrad: Anlage
- 0:20 **F03009034V1.0** Nachweis Ablehnungsbescheid Pflegeversicherung: Anlage
- 1 **G03003284V2.0** Gesundheitszustand (EGH EW)  
*Gesundheitszustand*
  - 1 **F03009899V1.1** Wurde bei Ihnen ein Grad der Behinderung festgestellt?: Text aus **Codeliste**: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)
  - 0:1 **F03009573V1.0** Grad der Behinderung (EGH): Text aus **Codeliste**: GradBehinderung  
*Welchen Grad der Behinderung besitzen Sie?*
  - 0:1 **F03009305V1.0** Sind Sie im Besitz eines Schwerbehindertenausweises?: Text aus **Codeliste**: Angabe  
Schwerbehindertenausweis

- 0:1 **F03009908V1.0** Abrage zuerkannte Merkzeichen (EGH): Wahrheitswert  
*Wurden Ihnen Merkzeichen zuerkannt?*
- 0:1 **G03002999V1.1** Zuerkanntes Merkzeichen  
*Zuerkannte Merkzeichen*
- 0:1 **F03008372V0.1** Zuerkannte Merkzeichen EGH (statisch): Text  
*Bitte wählen Sie das/die zuerkannten Merkzeichen aus:*
- 0:1 **F03000263V1.0** Merkzeichen G - erhebliche Gehbehinderung: Wahrheitswert
- 0:1 **F03000264V1.0** Merkzeichen aG - außergewöhnliche Gehbehinderung: Wahrheitswert
- 0:1 **F03000265V1.0** Merkzeichen H - Hilflosigkeit: Wahrheitswert
- 0:1 **F03000266V1.0** Merkzeichen RF - Ermäßigung des Rundfunkbeitrags: Wahrheitswert
- 0:1 **F03000267V1.0** Merkzeichen B - Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson: Wahrheitswert
- 0:1 **F03000268V1.0** Merkzeichen BI - Blindheit: Wahrheitswert
- 0:1 **F03000269V1.0** Merkzeichen GI - Gehörlosigkeit: Wahrheitswert
- 0:1 **F03000270V1.0** Merkzeichen TBI - Taubblindheit: Wahrheitswert
- 0:1 **F03009302V1.0** Merkzeichen VB - Versorgungsberechtigt: Wahrheitswert
- 0:1 **F03009301V1.0** Merkzeichen EB - Entschädigungsberechtigt: Wahrheitswert  
*Merkzeichen EB - Entschädigungsberechtigt*
- 0:1 **F03009902V1.0** Merkzeichen 1. KI (EGH): Wahrheitswert  
*Merkzeichen 1 KI - 1. Klasse*
- 0:1 **F03009574V1.0** Datum Antragstellung SBA (EGH): Datum  
*Datum Antragstellung*
- 0:20 **F03001897V1.0** Nachweis Schwerbehindertenausweis (SGB XII): Anlage  
*Nachweis Schwerbehindertenausweis*
- 0:1 **F03009900V1.1** Abfrage Antragstellung Gleichstellung (EGH ERW): Text aus **Codeliste**: Antwort Gleichstellung  
*Haben Sie einen Antrag auf Gleichstellung bei der Agentur für Arbeit gestellt?*
- 0:1 **F03009901V1.0** Datum Antragstellung Gleichstellung (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:20 **F03010116V1.0** Nachweis Antrag auf Gleichstellung (EGH): Anlage  
*Nachweis Antrag auf Gleichstellung*
- 0:20 **F03010115V1.0** Nachweis Bescheid über Gleichstellung (EGH): Anlage  
*Nachweis Bescheid über Gleichstellung*
- 0:20 **F03007769V1.2** Nachweis aktueller Feststellungsbescheid : Anlage



*Nachweis aktueller Feststellungsbescheid*

- 0:\* **F03013969V0.1** Ursache der Behinderung (EGH EW): Text aus **Codeliste**: Ursache Behinderung (EGH)  
*Bitte geben Sie die Ursache für Ihre Behinderung an.*
- 0:1 **F03010067V1.0** Sonstige Gründe (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Sonstige Gründe*
- 0:1 **F03009568V1.0** Ansprüche gegenüber Dritten (EGH): Wahrheitswert  
*Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten (z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung)?*
- 0:5 **G03003375V2.0** Angabe zu Schadensansprüchen (EGH)  
*Angabe zu Schadensersatzansprüchen*
- 0:1 **F03009570V0.1** gegen (statisch): Text  
*gegen*
- 1 **F03010168V1.1** Name: Text[{"maxLength":"255"}]
- 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
- 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
- 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}[1-9]{1}[0-9]{1}[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 1:20 **F03009572V1.0** Nachweis Schadensanspruch (EGH): Anlage  
*Nachweis Schadensersatzanspruch*
- 1 **F03010174V2.0** Haben Sie diese Schadensersatzansprüchen geltend gemacht?: Wahrheitswert  
*Haben Sie diese Schadensersatzansprüche geltend gemacht?*
- 0:1 **F03009569V1.1** monatliche Höhe Schadensanspruch (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*in Höhe von monatlich (in Euro)*
- 0:20 **F03009576V1.0** Nachweis zur Geltendmachung (EGH): Anlage  
*Nachweis zur Geltendmachung eines Anspruchs*
- 1 **F03009897V2.0** Abfrage ärztliche Behandlung (EGH ERW): Text aus **Codeliste**: Keine Angabe/Ja/Nein/Nicht bekannt  
*Befinden Sie sich in ärztlicher oder fachärztlicher Behandlung?*
- 0:1 **F03014802V0.1** Hinweis Angaben ärztliche Person (statisch): Text  
*Hinweis: Im folgenden Dialog können Sie Angaben zu der ärztlichen Person vornehmen. Über den „Hinzufügen“- Button ist das Erfassen weiterer ärztlicher Personen möglich.*

- 0:\* **G03003022V2.0** Angaben zur Ärztin / zum Arzt (EGH)  
*Angaben zur Ärztin / zum Arzt*
- 0:1 **F03000650V1.0** Titel: Text[{"minLength":"1","maxLength":"119"}]  
*Akademischer Grad/Titel*
- 1 **F03010169V1.1** Name der Ärztin / des Arztes (EGH): Text[{"maxLength":"255"}]  
*Name der Ärztin / des Arztes*
- 0:1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength":"1","maxLength":"80"}]
- 0:1 **F03000360V1.0** Fachrichtung: Text aus **Codeliste**: Fachrichtung
- 0:1 **F03010365V1.0** Sonstige Fachrichtung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
- 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
- 0:1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}([1-9]{1}[0-9]{1}){0-9}{3}","maxLength":"5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 1 **F03010339V1.0** Grund der Behandlung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 1 **F03008353V1.1** Angabe über ärztliche Gutachten (EGH): Text aus **Codeliste**: ärztliche Gutachten  
*Liegen ärztliche Gutachten, Befundberichte, Stellungnahmen o.ä. vor?*
- 0:20 **F03010114V1.0** Nachweis ärztliche Gutachten (EGH): Anlage  
*Nachweis ärztliche Gutachten, Befundberichte oder Stellungnahmen*
- 1 **F03009898V2.0** Abfrage Klinikaufenthalt (EGH ERW): Text aus **Codeliste**: Keine Angabe/Ja/Nein/Nicht bekannt  
*Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Krankenhaus behandelt oder werden Sie aktuell im Krankenhaus behandelt?*
- 0:1 **F03014803V0.1** Hinweis Angaben zu Behandlungen im Krankenhaus (statisch): Text  
*Hinweis: Im folgenden Dialog können Sie Angaben zu Behandlungen im Krankenhaus vornehmen. Über den „Hinzufügen“-Button ist das Erfassen weiterer Behandlungen im Krankenhaus möglich.*
- 0:\* **G03003026V1.2** Angaben zum Krankenhaus  
*Angaben zu Behandlungen im Krankenhaus*
- 1 **F03000358V2.0** Name des Krankenhauses: Text[{"minLength":"0","maxLength":"80"}]
- 1 **G03004227V1.0** Anschrift
- 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
- 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
- 0:1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}([1-9]{1}[0-9]{1}){0-9}{3}","maxLength":"5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 0:1 **F03010170V1.1** Name behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt: Text[{"maxLength":"120"}]

- 0:1 **F03000356V1.0** Station : Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Station*
- 1 **F03010339V1.0** Grund der Behandlung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 1 **F03008353V1.1** Angabe über ärztliche Gutachten (EGH): Text aus **Codeliste**: ärztliche Gutachten  
*Liegen ärztliche Gutachten, Befundberichte, Stellungnahmen o.ä. vor?*
- 0:20 **F03010114V1.0** Nachweis ärztliche Gutachten (EGH): Anlage  
*Nachweis ärztliche Gutachten, Befundberichte oder Stellungnahmen*
- 1 **F03010327V2.0** Abfrage Rehaklinik (EGH): Text aus **Codeliste**: Keine Angabe/Ja/Nein/Nicht bekannt  
*Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate in einer Rehaklinik/Kurklinik behandelt oder werden Sie aktuell in einer Rehaklinik/Kurklinik behandelt?*
- 0:1 **F03014804V0.1** Hinweis Angaben zu Behandlungen in einer Rehaklinik/Kurklinik (statisch): Text  
*Hinweis: Im folgenden Dialog können Sie Angaben zu Behandlungen in einer Rehaklinik/Kurklinik vornehmen. Über den „Hinzufügen“- Button ist das Erfassen weiterer Behandlungen in einer Rehaklinik/Kurklinik möglich.*
- 0:\* **G03004198V1.2** Angaben zu Behandlungen in einer Rehaklinik/Kurklinik
- 1 **F03010328V1.0** Name der Rehaklinik/Kurklinik: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 1 **G03004227V1.0** Anschrift
- 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
- 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
- 0:1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1})[1-9]{1}[0-9]{1})[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 0:1 **F03010170V1.1** Name behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt: Text[{"maxLength":"120"}]
- 0:1 **F03000356V1.0** Station : Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Station*
- 1 **F03010339V1.0** Grund der Behandlung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 1 **F03008353V1.1** Angabe über ärztliche Gutachten (EGH): Text aus **Codeliste**: ärztliche Gutachten  
*Liegen ärztliche Gutachten, Befundberichte, Stellungnahmen o.ä. vor?*
- 0:20 **F03010114V1.0** Nachweis ärztliche Gutachten (EGH): Anlage  
*Nachweis ärztliche Gutachten, Befundberichte oder Stellungnahmen*
- 1 **G03003286V2.0** Weitere Unterstützungen (EGH EW)  
*Weitere Unterstützungen*
- 0:1 **F03014805V1.0** Hinweis Bearbeitung des Antrags EGH EW (statisch): Text  
*Für die Bearbeitung des Antrags auf Eingliederungshilfe ist es erforderlich, ein umfassendes Bild über Ihre Situation zu erlangen. Im Laufe des Antragsverfahrens wird durch die Behörde eine Ermittlung des persönlichen Bedarfs vorgenommen. Für eine erste*

*Einschätzung Ihres Antrages ist es jedoch hilfreich, wenn Sie schon jetzt Angaben dazu machen können, welche Sachleistungen zur Unterstützung in Anspruch genommen wurden oder werden. Gemeint sind unterstützende Maßnahmen durch Privatpersonen, Einrichtungen oder Behörden, wie z.B. berufliche Weiterbildungsmaßnahmen, Unterstützung im Alltag, therapeutische Maßnahmen oder pflegerische Betreuungsmaßnahmen. Durch die Auswahl "Ja" erhalten Sie bei den folgenden Fragen jeweils eine Auflistung verschiedener Leistungen. Sofern Ihre Leistung nicht enthalten ist, können Sie diese unter "Sonstige Hilfen/Unterstützung" eintragen.*

- 0:1 **F03014683V1.0** Hinweis Unterstützungen 2 (statisch): Text  
*Finanzielle Unterstützungsleistungen (z.B. Sozialleistungen) können Sie unter "Finanzielle Situation der hilfesuchenden Person" angeben.*
- 1 **F03009559V1.2** Wurden früher Unterstützungen in Anspruch genommen? (EGH EW): Text aus **Codeliste:** Keine Angabe/Ja/Nein/Nicht bekannt  
*Wurden früher Unterstützungen in Anspruch genommen?*
- 0:\* **F03009560V1.1** Auswahl der früheren Unterstützungen: Text aus **Codeliste:** BeniBogen(EGH)
- 0:5 **G03003990V1.1** Frühere therapeutische Unterstützung  
*Frühere therapeutische Unterstützung (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Krankengymnastik, Orthopädie u.s.w.)*
  - 1 **F03011345V0.1** Art der früheren therapeutischen Unterstützung (EGH): Text  
*Art der früheren therapeutischen Unterstützung*
  - 1 **F03011344V0.1** Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Versicherung) EGH: Text  
*Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Versicherung)*
  - 0:1 **F03011346V0.1** Versicherungsnummer/Geschäftszeichen (EGH): Text  
*Versicherungsnummer/Geschäftszeichen*
  - 0:1 **F03011347V0.1** Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis): Text
  - 1:20 **F03011422V0.1** Nachweis frühere therapeutische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03003991V1.1** Frühere psychologische Unterstützung (z.B. Psychiatrie, Psychotherapie)
  - 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
  - 0:1 **F03011346V0.1** Versicherungsnummer/Geschäftszeichen (EGH): Text  
*Versicherungsnummer/Geschäftszeichen*
  - 0:1 **F03011347V0.1** Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis): Text
  - 1:20 **F03011423V0.1** Nachweis frühere psychologische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004768V0.1** Frühere soziale Unterstützung (EGH EW)  
*Frühere soziale Unterstützung (z.B. Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)*
  - 1 **F03011481V0.1** Welche Hilfestellung erhielten Sie?: Text
  - 0:1 **F03011350V0.1** Name der unterstützenden Person (EGH): Text{"minLength":"1","maxLength":"255"}  
*Name der unterstützenden Person*

- 0:1 **F03011482V0.1** Beziehung (EGH): Text  
*In welcher Beziehung standen Sie zu der genannten Person (z.B. Familienmitglied, Freund/in, Nachbar/in, Ehrenamtliche/r)*
- 0:1 **F03011352V0.1** Zeitraum, in dem die Unterstützung geleistet wurde (von - bis): Text
- 0:5 **G03004769V0.1** Sozialraum (z.B. Vereine, Selbsthilfegruppe) (EGH EW)  
*Sozialraum (z.B. Vereine, Selbsthilfegruppe)*
- 1 **F03011481V0.1** Welche Hilfestellung erhielten Sie?: Text
- 1 **F03010768V0.1** Name der Einrichtung: Text[{"minLength":"","maxLength":""}]
- 0:1 **F03011352V0.1** Zeitraum, in dem die Unterstützung geleistet wurde (von - bis): Text
- 0:5 **G03004899V0.2** Unterstützung durch Beratung (EGH EW)  
*Unterstützung durch Beratung (z.B. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, Suchtberatung, Schuldnerberatung)*
- 1 **F03011698V0.1** Art der Behandlung (EGH EW): Text  
*Welche Art der Beratung haben Sie in Anspruch genommen (z.B. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, Suchtberatung, Schuldnerberatung, Sozialberatung)?*
- 1 **F03009553V1.1** Name der Beratungsstelle (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Name der Beratungsstelle*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03011354V0.1** Zeitraum, in dem die Beratungsleistung in Anspruch genommen wurde (von - bis): Text
- 1:20 **F03011445V0.1** Nachweis frühere Beratungsunterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004901V0.2** Früher bezogene Leistungen zur Eingliederung nach dem SGB II, SGB III (EGH EW)  
*Früher bezogene Leistungen zur Eingliederung nach dem SGB II, SGB III (z.B. berufliche Weiterbildungsmaßnahmen)*
- 1 **F03011699V0.1** Art der Weiterbildung (EGH EW): Text  
*Welche Art der Leistung haben Sie erhalten (z.B. Weiterbildungsmaßnahme)?*
- 1 **F03011322V0.1** Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Behörde) EGH: Text  
*Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Behörde)*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03011347V0.1** Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis): Text
- 1:20 **F03011424V0.1** Nachweis früherer Leistungsbezug zur Eingliederung: Anlage
- 0:5 **G03004902V0.2** Frühere Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung (EGH EW)  
*Frühere Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung (z.B. pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfe bei der Haushaltsführung, Behandlungspflege)*

- 1 **F03011700V0.1** Leistung Kranken-/Pflegeversicherung (EGH EW): Text  
*Welche Leistung der Kranken-/Pflegeversicherung haben Sie früher bezogen?*
- 1 **F03011344V0.1** Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Versicherung) EGH: Text  
*Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Versicherung)*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
- 1:20 **F03011425V0.1** Nachweis früherer Leistungsbezug Kranken-/Pflegeversicherung: Anlage
- 0:5 **G03004903V0.2** Frühere Leistungen der Rentenversicherung (EGH EW)  
*Frühere Leistungen der Rentenversicherung*
  - 1 **F03011701V0.1** Leistung Rentenversicherung (EGH EW): Text  
*Welche Leistung der Rentenversicherung haben Sie früher bezogen?*
  - 1 **F03011360V0.1** Name der Rentenversicherung (EGH): Text  
*Name der Rentenversicherung*
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
- 1:20 **F03011438V0.1** Nachweis frühere Leistungsbezug Rentenversicherung: Anlage
- 0:5 **G03004898V0.2** Frühere Leistungen der Unfallversicherung (EGH EW)  
*Frühere Leistungen der Unfallversicherung*
  - 1 **F03011697V0.1** Leistung Unfallversicherung (EGH EW): Text  
*Welche Leistung der Unfallversicherung haben Sie früher bezogen?*
  - 1 **F03011362V0.1** Name der Unfallversicherung (EGH): Text  
*Name der Unfallversicherung*
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
- 1:20 **F03011439V0.1** Nachweis frühere Leistungsbezug Unfallversicherung: Anlage
- 0:5 **G03004905V0.2** Frühere Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt) (EGH EW)  
*Frühere Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt)*

- 1 **F03011702V0.1** Leistung Kinder- und Jugendhilfe (EGH EW): Text  
*Welche Leistung der Kinder- und Jugendhilfe haben Sie früher bezogen?*
- 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
- 1:20 **F03011440V0.1** Nachweis früherer Leistungsbezug Kinder- und Jugendhilfe: Anlage
- 0:5 **G03004906V0.2** Frühere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (EGH EW)  
*Frühere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*
  - 1 **F03011703V0.1** Leistung Teilhabe am Arbeitsleben (EGH EW): Text  
*Welche Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Sie früher bezogen?*
  - 1 **F03011367V0.1** Name des Leistungsträgers (EGH): Text  
*Name des Leistungsträgers (z.B. Integrationsfachdienst/Integrationsamt, Agentur für Arbeit)*
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
  - 1:20 **F03011441V0.1** Nachweis früherer Leistungsbezug Teilhabe am Arbeitsleben: Anlage
- 0:5 **G03006084V0.1** Frühere Sozialpädiatrisches Zentrum  
*Frühere Unterstützung durch das Sozialpädiatrische Zentrum*
  - 1 **F03011345V0.1** Art der früheren therapeutischen Unterstützung (EGH): Text  
*Art der früheren therapeutischen Unterstützung*
  - 1 **F03011344V0.1** Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Versicherung) EGH: Text  
*Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Versicherung)*
  - 0:1 **F03011346V0.1** Versicherungsnummer/Geschäftszeichen (EGH): Text  
*Versicherungsnummer/Geschäftszeichen*
  - 0:1 **F03011347V0.1** Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis): Text
  - 1:20 **F03011422V0.1** Nachweis frühere therapeutische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004006V1.2** Frühere Unterstützung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst
  - 1 **F03001197V1.0** Name der Behörde (SGB XII): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Name der Behörde*

- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
- 1:20 **F03011442V0.1** Nachweis frühere Unterstützung Sozialpsychiatrischer Dienst: Anlage
- 0:5 **G03004907V0.2** Sonstige frühere Sozialleistungen (EGH EW)  
*Sonstige frühere Sozialleistungen (z.B. Hilfe zur Pflege, Mobilitätshilfe)*
  - 1 **F03011704V0.1** Art der Sozialleistung (EGH EW): Text  
*Welche sonstige Art der Sozialleistung haben Sie in der Vergangenheit erhalten?*
  - 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
- 1:20 **F03011443V0.1** Nachweis sonstige frühere Sozialleistungen: Anlage
- 0:5 **G03004908V1.0** Sonstige frühere Hilfen/Unterstützung (EGH EW)  
*Sonstige frühere Hilfen/Unterstützung*
  - 1 **F03011705V0.1** Art der Unterstützung (EGH EW): Text  
*Welche sonstige Art der Unterstützung haben Sie früher erhalten?*
  - 1 **F03011370V0.1** Name der unterstützenden Person / Einrichtung / Behörde: Text[{"maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
- 1:20 **F03011444V0.1** Nachweis sonstige frühere Hilfen/Unterstützung: Anlage
  - 1 **F03009470V1.2** Werden aktuell Unterstützungen in Anspruch genommen? (EGH EW): Text aus **Codeliste**: Keine Angabe/Ja/Nein/Nicht bekannt  
*Werden aktuell Unterstützungen in Anspruch genommen?*
- 0:\* **F03009471V1.1** Auswahl der Unterstützungen: Text aus **Codeliste**: BeniBogen(EGH)  
*Auswahl der aktuellen Unterstützungen*
- 0:5 **G03006201V0.1** Therapeutische Unterstützung (EGH EW)  
*Therapeutische Unterstützung (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Krankengymnastik, Orthopädie u.s.w.)*



- 1 **F03011386V0.1** Art der therapeutischen Unterstützung (EGH): Text  
*Art der therapeutischen Unterstützung*
- 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
- 0:1 **F03011387V0.1** Versicherungsnummer/Aktenzeichen (EGH): Text  
*Versicherungsnummer/Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03011384V0.1** Name der behandelnden Praxis (EGH): Text  
*Name der behandelnden Praxis*
- 0:1 **F03011483V0.1** Seit wann werden Sie behandelt? (EGH EW): Text  
*Seit wann werden Sie behandelt?*
- 0:1 **F03009475V1.1** Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich) (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich)*
- 1:20 **F03011363V0.1** Nachweis therapeutische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004770V0.1** Psychologische Unterstützung (EGH EW)  
*Psychologische Unterstützung (z.B. Psychiatrie, Psychotherapie)*
  - 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
  - 0:1 **F03010465V0.1** Versicherungsnummer: Text
  - 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*
  - 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
  - 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*
  - 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]

*E-Mail-Adresse*

- 0:1 **F03011384V0.1** Name der behandelnden Praxis (EGH): Text  
*Name der behandelnden Praxis*
- 0:1 **F03011483V0.1** Seit wann werden Sie behandelt? (EGH EW): Text  
*Seit wann werden Sie behandelt?*
- 0:1 **F03009475V1.1** Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich) (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich)*
- 1:20 **F03011371V0.1** Nachweis psychologische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004771V0.1** Soziale Unterstützung (EGH EW)  
*Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)*
- 1 **F03011484V0.1** Welche Hilfestellung erhalten Sie? (EGH EW): Text  
*Welche Hilfestellung erhalten Sie?*
- 0:1 **F03011350V0.1** Name der unterstützenden Person (EGH): Text[{"minLength":"1","maxLength":"255"}]  
*Name der unterstützenden Person*
- 0:1 **F03011485V0.1** Beziehung aktuell (EGH EW): Text  
*In welcher Beziehung stehen Sie zu der genannten Person (z.B. Familienmitglied, Freund/in, Nachbar/in, Ehrenamtliche/r)*
- 0:1 **F03011390V0.1** Zeitlicher Umfang der Unterstützung (z.B. 2x wöchentlich) EGH: Text  
*Zeitlicher Umfang der Unterstützung (z.B. 2x wöchentlich)*
- 0:5 **G03004864V0.1** Sozialraum (z.B. Vereine, Selbsthilfegruppe) (EGH EW)  
*Sozialraum (z.B. Vereine, Selbsthilfegruppe)*
- 1 **F03011484V0.1** Welche Hilfestellung erhalten Sie? (EGH EW): Text  
*Welche Hilfestellung erhalten Sie?*
- 1 **F03010768V0.1** Name der Einrichtung: Text[{"minLength":"","maxLength":""}]
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+~]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:5 **G03004909V0.2** Unterstützung durch Beratung (EGH EW)  
*Unterstützung durch Beratung (z.B. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, Suchtberatung, Schuldnerberatung)*

- 1 **F03011706V0.1** Art der Beratung aktuell (EGH EW): Text  
*Welche Art der Beratung nehmen Sie in Anspruch (z.B. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, Suchtberatung, Schuldnerberatung, Sozialberatung)?*
- 1 **F03009553V1.1** Name der Beratungsstelle (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Name der Beratungsstelle*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03011486V0.1** Seit wann erhalten Sie die Beratungsleistung? (EGH EW): Text  
*Seit wann erhalten Sie die Beratungsleistung?*
- 0:1 **F03009475V1.1** Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich) (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich)*
- 1:20 **F03011372V0.1** Nachweis Beratungsleistung: Anlage
- 0:5 **G03004773V0.2** Leistungen zur Eingliederung nach dem SGB II/SGB III (EGH EW)  
*Leistungen zur Eingliederung nach dem SGB II/SGB III (z.B. berufliche Weiterbildungsmaßnahmen)*
  - 1 **F03011487V0.1** Art der Leistung aktuell (EGH EW): Text  
*Welche Art der Leistung erhalten Sie (z.B. Weiterbildungsmaßnahme)?*
  - 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*
  - 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
  - 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*

- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03011394V0.1** Leistungsdauer (EGH): Text  
*Leistungsdauer*
- 0:1 **F03011397V0.1** Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich) (EGH): Text  
*Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich)*
- 1:20 **F03011373V0.1** Nachweis Leistungsbezug zur Eingliederung: Anlage
- 0:5 **G03004774V0.2** Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung (EGH EW)  
*Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung (z.B. pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Haushaltshilfe, Behandlungspflege)*
- 1 **F03011488V0.1** Leistung Kranken-/Pflegeversicherung aktuell (EGH EW): Text  
*Welche Leistung der Kranken-/Pflegeversicherung beziehen Sie aktuell?*
- 0:1 **F03011396V0.1** Name der Kranken-/Pflegeversicherung (EGH): Text  
*Name der Kranken-/Pflegeversicherung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03009909V1.1** Leistungserbringer (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Leistungserbringer*
- 0:1 **F03011394V0.1** Leistungsdauer (EGH): Text  
*Leistungsdauer*
- 0:1 **F03011397V0.1** Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich) (EGH): Text  
*Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich)*
- 1:20 **F03011374V0.1** Nachweis Leistungsbezug Kranken-/Pflegeversicherung: Anlage
- 0:5 **G03004775V0.2** Leistungen der Rentenversicherung (EGH EW)  
*Leistungen der Rentenversicherung*

- 1 **F03011489V0.1** Leistung Rentenversicherung aktuell (EGH EW): Text  
*Welche Leistung der Rentenversicherung beziehen Sie aktuell?*
- 1 **F03011360V0.1** Name der Rentenversicherung (EGH): Text  
*Name der Rentenversicherung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03009909V1.1** Leistungserbringer (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Leistungserbringer*
- 0:1 **F03011394V0.1** Leistungsdauer (EGH): Text  
*Leistungsdauer*
- 0:1 **F03011397V0.1** Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich) (EGH): Text  
*Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich)*
- 1:20 **F03011375V0.1** Nachweis Leistungsbezug Rentenversicherung: Anlage
- 0:5 **G03004776V0.2** Leistungen der Unfallversicherung (EGH EW)  
*Leistungen der Unfallversicherung*
  - 1 **F03011490V0.1** Leistung Unfallversicherung aktuell (EGH EW): Text  
*Welche Leistung der Unfallversicherung beziehen Sie aktuell?*
  - 1 **F03011362V0.1** Name der Unfallversicherung (EGH): Text  
*Name der Unfallversicherung*
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*
  - 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*

- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03009909V1.1** Leistungserbringer (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Leistungserbringer*
- 0:1 **F03011394V0.1** Leistungsdauer (EGH): Text  
*Leistungsdauer*
- 0:1 **F03011397V0.1** Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich) (EGH): Text  
*Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich)*
- 1:20 **F03011376V0.1** Nachweis Leistungsbezug Unfallversicherung: Anlage
- 0:5 **G03004777V0.2** Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt) (EGH EW)  
*Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt)*
- 1 **F03011491V0.1** Leistung Kinder- und Jugendhilfe aktuell (EGH EW): Text  
*Welche Leistung der Kinder- und Jugendhilfe beziehen Sie aktuell?*
- 1 **F03001197V1.0** Name der Behörde (SGB XII): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Name der Behörde*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03009909V1.1** Leistungserbringer (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Leistungserbringer*
- 0:1 **F03011394V0.1** Leistungsdauer (EGH): Text  
*Leistungsdauer*

- 0:1 **F03011397V0.1** Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich) (EGH): Text  
*Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich)*
- 1:20 **F03011377V0.1** Nachweis Leistungsbezug Kinder- und Jugendhilfe: Anlage
- 0:5 **G03004778V0.2** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (EGH EW)  
*Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*
  - 1 **F03011492V0.1** Leistung Teilhabe am Arbeitsleben aktuell (EGH EW): Text  
*Welche Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehen Sie aktuell?*
  - 1 **F03011367V0.1** Name des Leistungsträgers (EGH): Text  
*Name des Leistungsträgers (z.B. Integrationsfachdienst/Integrationsamt, Agentur für Arbeit)*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03009909V1.1** Leistungserbringer (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Leistungserbringer*
- 0:1 **F03011394V0.1** Leistungsdauer (EGH): Text  
*Leistungsdauer*
- 0:1 **F03011397V0.1** Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich) (EGH): Text  
*Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich)*
- 1:20 **F03011378V0.1** Nachweis Leistungsbezug Teilhabe am Arbeitsleben: Anlage
- 0:5 **G03006127V0.1** Sozialpädiatrisches Zentrum (EGH EW)  
*Sozialpädiatrisches Zentrum*
  - 1 **F03011386V0.1** Art der therapeutischen Unterstützung (EGH): Text  
*Art der therapeutischen Unterstützung*
  - 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
- 0:1 **F03011387V0.1** Versicherungsnummer/Aktenzeichen (EGH): Text

*Versicherungsnummer/Aktenzeichen*

- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03011384V0.1** Name der behandelnden Praxis (EGH): Text  
*Name der behandelnden Praxis*
- 0:1 **F03011483V0.1** Seit wann werden Sie behandelt? (EGH EW): Text  
*Seit wann werden Sie behandelt?*
- 0:1 **F03009475V1.1** Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich) (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich)*
- 1:20 **F03011363V0.1** Nachweis therapeutische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004347V1.2** Sozialpsychiatrischer Dienst (EGH)  
*Sozialpsychiatrischer Dienst*
- 1 **F03001197V1.0** Name der Behörde (SGB XII): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Name der Behörde*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 1:20 **F03011379V0.1** Nachweis Sozialpsychiatrischer Dienst: Anlage



- 0:5 **G03004779V0.2** Sonstige Sozialleistungen (EGH EW)  
*Sonstige Sozialleistungen (z.B. Hilfe zur Pflege, Mobilitätshilfe)*
- 1 **F03011493V0.1** Welche Art der Sozialleistung erhalten Sie? (EGH EW): Text  
*Welche Art der Sozialleistung erhalten Sie?*
- 1 **F03001197V1.0** Name der Behörde (SGB XII): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Name der Behörde*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 1:20 **F03011380V0.1** Nachweis Sonstige Sozialleistungen: Anlage
- 0:5 **G03004031V2.0** Sonstige Hilfen/Unterstützung
- 1 **F03011414V0.1** Art der Hilfe (EGH): Text  
*Art der Hilfe*
- 1 **F03011370V0.1** Name der unterstützenden Person / Einrichtung / Behörde: Text[{"maxLength": "255"}]
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*

- 0:1 **F03011394V0.1** Leistungsdauer (EGH): Text  
*Leistungsdauer*
- 1:20 **F03011382V0.1** Nachweis Sonstige Hilfen/ Unterstützung: Anlage
- 1 **F03009490V1.2** Wurden Unterstützungen beantragt? (EGH): Text aus **Codeliste**: Keine Angabe/Ja/Nein/Nicht bekannt  
*Wurden Unterstützungen beantragt?*
- 0:\* **F03009491V1.2** Auswahl der beantragten Unterstützungen: Text aus **Codeliste**: Beantragte Leistungen (EGH EW)
- 0:5 **G03004042V2.0** Beantragte therapeutische Unterstützung  
*Beantragte therapeutische Unterstützung (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Krankengymnastik, Orthopädie u.s.w.)*
  - 1 **F03011426V0.1** Art der beantragten therapeutischen Unterstützung (EGH): Text  
*Art der beantragten therapeutischen Unterstützung*
  - 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
- 0:1 **F03011346V0.1** Versicherungsnummer/Geschäftszeichen (EGH): Text  
*Versicherungsnummer/Geschäftszeichen*
- 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011448V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid therapeutische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004043V2.0** Beantragte psychologische Unterstützung  
*Beantragte psychologische Unterstützung (z.B. Psychiatrie, Psychotherapie)*
  - 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
- 0:1 **F03011346V0.1** Versicherungsnummer/Geschäftszeichen (EGH): Text  
*Versicherungsnummer/Geschäftszeichen*
- 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011449V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid psychologische Unterstützung: Anlage

- 0:5 **G03004780V0.1** Sozialraum (z.B. Vereine, Selbsthilfegruppe) (EGH EW)  
*Sozialraum (z.B. Vereine, Selbsthilfegruppe)*
- 1 **F03011494V0.1** Welche Hilfestellung haben Sie beantragt? (EGH EW): Text  
*Welche Hilfestellung haben Sie beantragt?*
  - 1 **F03010768V0.1** Name der Einrichtung: Text[{"minLength":"","maxLength":""}]
  - 1 **F03011428V0.1** Datum der Antragstellung/Anmeldung (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung/Anmeldung*
- 0:5 **G03004781V1.0** Beantragte Unterstützung durch Beratung (EGH EW)  
*Beantragte Unterstützung durch Beratung (z.B. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, Suchtberatung, Schuldnerberatung)*
- 1 **F03011495V0.1** Art der Beratung beantragt (EGH EW): Text  
*Welche Art der Beratung haben Sie beantragt (z.B. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, Suchtberatung, Schuldnerberatung, Sozialberatung)?*
  - 1 **F03009553V1.1** Name der Beratungsstelle (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Name der Beratungsstelle*
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
  - 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011450V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Beratungsunterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004782V1.0** Beantragte Leistungen zur Eingliederung (EGH EW)  
*Beantragte Leistungen zur Eingliederung nach dem SGB II, SGB III (z.B. berufliche Weiterbildungsmaßnahmen)*
- 1 **F03011496V0.1** Art der Leistung beantragt (EGH EW): Text  
*Welche Art der Leistung haben Sie beantragt (z.B. Weiterbildungsmaßnahme)?*
  - 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert

- Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011451V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Leistung zur Eingliederung: Anlage
- 0:5 **G03004783V1.0** Beantragte Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung (EGH EW)  
*Beantragte Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung (z.B. pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfe bei der Haushaltsführung, Behandlungspflege)*
- 1 **F03011497V0.1** Leistung Kranken-/Pflegeversicherung beantragt (EGH EW): Text  
*Welche Leistung der Kranken-/Pflegeversicherung haben Sie beantragt?*
- 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
- 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011452V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Kranken-/Pflegeversicherung: Anlage
- 0:5 **G03004784V1.0** Beantragte Leistungen der Rentenversicherung (EGH EW)  
*Beantragte Leistungen der Rentenversicherung*
- 1 **F03011498V0.1** Welche Leistung der Rentenversicherung haben Sie beantragt? (EGH EW): Text  
*Welche Leistung der Rentenversicherung haben Sie beantragt?*
- 1 **F03011360V0.1** Name der Rentenversicherung (EGH): Text  
*Name der Rentenversicherung*
- 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*

- 0:20 **F03011455V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Rentenversicherung: Anlage
- 0:5 **G03004785V1.0** Beantragte Leistungen der Unfallversicherung (EGH EW)  
*Beantragte Leistungen der Unfallversicherung*
- 1 **F03011499V0.1** Leistung Unfallversicherung beantragt (EGH EW): Text  
*Welche Leistung der Unfallversicherung haben Sie beantragt?*
  - 1 **F03011362V0.1** Name der Unfallversicherung (EGH): Text  
*Name der Unfallversicherung*
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011458V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Unfallversicherung: Anlage
- 0:5 **G03004786V1.0** Beantragte Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt) (EGH EW)  
*Beantragte Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt)*
- 1 **F03011500V1.0** Leistung Kinder- und Jugendhilfe beantragt (EGH EW): Text  
*Welche Leistung der Kinder- und Jugendhilfe haben Sie beantragt?*
  - 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011457V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Kinder- und Jugendhilfe : Anlage  
*Nachweis Ablehnungsbescheid Kinder- und Jugendhilfe*
- 0:5 **G03004787V1.0** Beantragte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (EGH EW)  
*Beantragte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*

- 1 **F03011501V0.1** Leistung Teilhabe am Arbeitsleben beantragt (EGH): Text  
*Welche Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Sie beantragt?*
- 1 **F03011367V0.1** Name des Leistungsträgers (EGH): Text  
*Name des Leistungsträgers (z.B. Integrationsfachdienst/Integrationsamt, Agentur für Arbeit)*
- 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011459V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anlage
- 0:5 **G03006086V1.0** Beantragte Sozialpädiatrisches Zentrum  
*Beantragte Unterstützung durch das Sozialpädiatrische Zentrum*
  - 1 **F03011426V0.1** Art der beantragten therapeutischen Unterstützung (EGH): Text  
*Art der beantragten therapeutischen Unterstützung*
  - 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
  - 0:1 **F03011346V0.1** Versicherungsnummer/Geschäftszeichen (EGH): Text  
*Versicherungsnummer/Geschäftszeichen*
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
  - 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
  - 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
  - 0:20 **F03011448V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid therapeutische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004057V2.0** Beantragte Unterstützung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst
  - 1 **F03001197V1.0** Name der Behörde (SGB XII): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Name der Behörde*
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*

- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011470V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Unterstützung Sozialpsychiatrischen Dienst: Anlage
- 0:5 **G03004788V1.0** Sonstige beantragte Sozialleistungen (z.B. Hilfe zur Pflege, Mobilitätshilfe) (EGH EW)  
*Sonstige beantragte Sozialleistungen (z.B. Hilfe zur Pflege, Mobilitätshilfe)*
  - 1 **F03011502V0.1** Art der Sozialleistung beantragt (EGH EW): Text  
*Welche sonstige Art der Sozialleistung haben Sie beantragt?*
  - 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011471V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid sonstige Sozialleistungen: Anlage
- 0:5 **G03004789V1.0** Sonstige beantragte Hilfen/Unterstützung (EGH EW)  
*Sonstige beantragte Hilfen/Unterstützung*
  - 1 **F03011503V0.1** Welche sonstige Art der Unterstützung haben Sie beantragt? (EGH EW): Text  
*Welche sonstige Art der Unterstützung haben Sie beantragt?*
  - 1 **F03011370V0.1** Name der unterstützenden Person / Einrichtung / Behörde: Text[{"maxLength":"255"}]
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*

- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011472V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid sonstige Hilfe/Unterstützung: Anlage
- 1 **G03003436V2.0** Finanzielle Situation der hilfesuchenden Person/Eltern (EGH EW)  
*Finanzielle Situation der hilfesuchenden Person*
- 0:1 **F03014806V1.0** Bitte machen Sie Angaben zu Ihren Einkünften (statisch): Text  
*Bitte machen Sie Angaben zu Ihren Einkünften.*
- 0:1 **F03014807V1.0** Hinweis bestimmte Voraussetzungen EGH EW (statisch): Text  
*Unter bestimmten Voraussetzungen ist bei Leistungen der Eingliederungshilfe ein Eigenbeitrag aufzubringen. Dies ist davon abhängig, welche Leistung/en der Eingliederungshilfe angestrebt werden und welche Einkommens- und Vermögenssituation Sie haben.*
- 0:1 **F03014808V1.0** Hinweis Voraussetzungen Anrechnung (statisch): Text  
*Unter folgenden Voraussetzungen erfolgt keine Anrechnung des Einkommens oder Vermögens, so dass auch keine Angaben zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen erforderlich sind: - Sie beantragen Leistungen der medizinischen Rehabilitation (z.B. Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe) - Sie beantragen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Budget für Arbeit oder Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen) - Sie beantragen Leistungen zur Teilhabe an Bildung (z.B. Schulassistenz oder Hochschulhilfe) - Sie beziehen bereits beitragspflichtige Leistungen der Eingliederungshilfe und möchten für den gleichen Zeitraum weitere Leistungen beantragen. Aufgrund der vielfältigen Möglichkeiten ist diese Aufzählung nicht abschließend.*
- 0:1 **F03014809V1.0** Hinweis Leistung beantragen (statisch): Text  
*Sofern Sie eine Leistung beantragen möchten, die in der obigen Liste nicht aufgeführt wurde oder wenn Sie noch nicht sicher sind, welche Leistung Sie benötigen, kann es für die Bearbeitung Ihres Antrages hilfreich sein, wenn Sie hier Angaben zu Ihrem Einkommen und Vermögen machen. Selbstverständlich haben Sie auch die Möglichkeit, jetzt keine Angaben zu machen. In diesem Fall wird die zuständige Behörde die Daten zu einem späteren Zeitpunkt erheben, sofern sie erforderlich sind.*
- 1 **G03003281V2.0** Angaben zum Einkommen des Vorvorjahres (EGH EW)  
*Angaben zum Einkommen des Vorvorjahres*
- 0:1 **F03008086V1.0** Angabe Einkünfte (statisch): Text  
*Bitte wählen Sie Ihre Einkommensart/-en aus und geben Sie jeweils die Einkünfte des Vorvorjahres (aktuelles Jahr - 2 Jahre) als Jahresbeträge an.*
- 0:1 **F03010491V1.1** Ich möchte jetzt keine Angaben machen: Wahrheitswert  
*Ich möchte jetzt keine Angaben machen / Ich brauche jetzt keine Angaben machen*
- 0:1 **F03014696V0.1** Hinweis Bearbeitung Behörde (statisch): Text  
*Hinweis: Der Antrag kann von der zuständigen Behörde erst abschließend bearbeitet werden, wenn alle Angaben vollständig sind und alle Unterlagen vorliegen. Wenn Sie zum jetzigen Zeitpunkt keine Angaben machen, werden Sie im Laufe des Antragsverfahrens von der zuständigen Behörde aufgefordert, die Angaben und Unterlagen nachzureichen, sofern sie erforderlich sind.*



- 0:1 **F03010225V1.1** Auswahl staatlicher Leistungsbezug: Wahrheitswert  
*Staatlicher Leistungsbezug (z.B. Arbeitslosengeld, Hilfe zur Grundsicherung, Hilfe zur Pflege, Landesblindengeld, Blindenhilfe oder Kindergeld)*
- 0:1 **F03014810V0.1** Hinweis staatliche Leistungen EGH EW (statisch): Text  
*Sie haben angegeben, dass Sie staatliche Leistungen beziehen. Sollte es sich um Leistungen nach dem SGB II (z.B. Arbeitslosengeld II, Leistungen für Bildung und Teilhabe) oder Leistungen nach dem SGB XII (z.B. Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung oder Wohngeld) oder um Leistungen nach § 27a des Bundesversorgungsgesetzes handeln, müssen Sie ausschließlich Nachweise zu dem Leistungsbezug erbringen. Weitere Angaben zum Einkommen sind in diesem Fall nicht erforderlich.*
- 0:\* **G03004175V2.0** Angaben über staatliche Leistungsbezüge (EGH EW)  
*Angaben über staatliche Leistungsbezüge*
- 0:1 **F03014811V0.1** Hinweis Einkünfte von öffentlichen Stellen EGH EW (statisch): Text  
*Bitte benennen Sie alle Einkünfte, die die Sie von öffentlichen Stellen erhalten (z.B. Bundesagentur für Arbeit, Landesamt für Soziales, Jugend und Familie oder einer örtlichen Behörde) . Zu diesen Einkünften zählen z.B. Arbeitslosengeld, Hilfe zur Grundsicherung, Hilfe zur Pflege, Landesblindengeld, Blindenhilfe oder Kindergeld)*
- 1 **F03010226V1.1** Ich beziehe folgende Leistung (EGH EW): Text aus **Codeliste:** staatlicher Leistungsbezug(EGH K+J)  
*Ich beziehe folgende Leistung*
- 0:1 **F03007795V1.0** Name der Leistung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 0:1 **F03000030V1.0** Name des Leistungsträgers: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:20 **F03008017V1.0** Nachweis staatlicher Leistungsbezug: Anlage
- 0:20 **F03014059V0.1** Nachweis Kindergeld (EGH K+J): Anlage  
*Nachweis Kindergeld*
- 0:1 **F03008087V1.0** Auswahl Einkünfte Land- und Forstwirtschaft : Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft*
- 0:1 **G03003039V1.1** Angabe zu Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008094V1.0** Anlage Einkommensteuerbescheid Land- und Forstwirtschaft : Anlage  
*Nachweis Einkommensteuerbescheid Land- und Forstwirtschaft*
- 0:1 **F03008088V1.0** Auswahl Einkünfte Gewerbebetrieb: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Gewerbebetrieb*

- 0:1 **G03003040V1.1** Angabe zu Einkünften aus Gewerbebetrieb (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Gewerbebetrieb*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008095V1.0** Anlage Einkommensteuerbescheid Gewerbebetrieb: Anlage  
*Nachweis Einkommensteuerbescheid Gewerbebetrieb*
- 0:1 **F03008089V1.0** Auswahl Einkünfte aus selbständiger Arbeit: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus selbständiger Arbeit*
- 0:1 **G03003041V1.0** Angabe zu Einkünften aus selbständiger Arbeit (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus selbständiger Arbeit*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008096V1.0** Anlage Einkommensteuerbescheid selbständige Arbeit: Anlage  
*Nachweis Einkommensteuerbescheid selbständige Arbeit*
- 0:1 **F03008090V1.0** Auswahl Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit*
- 0:1 **G03003042V1.1** Angabe zu Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008098V1.0** Anlage Einkommensteuerbescheid nichtselbständige Arbeit: Anlage  
*Nachweis Einkommensteuerbescheid nichtselbständige Arbeit*
- 0:1 **F03008091V1.0** Auswahl Einkünfte aus Kapitalvermögen: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Kapitalvermögen*
- 0:1 **G03003044V1.1** Angabe zu Einkünften aus Kapitalvermögen (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Kapitalvermögen*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008099V1.0** Anlage Einkommensteuerbescheid Kapitalvermögen: Anlage  
*Nachweis Einkommensteuerbescheid Kapitalvermögen*
- 0:1 **F03008092V1.0** Auswahl Einkünfte aus Vermietung u. Verpachtung: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Vermietung / Verpachtung*
- 0:1 **G03003043V1.0** Angabe zu Einkünften aus Vermietung und Verpachtung (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Vermietung und Verpachtung*

- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008100V1.0** Anlage Einkommensteuerbescheid Vermietung / Verpachtung: Anlage  
*Nachweis Einkommensteuerbescheid Vermietung / Verpachtung*
- 0:1 **F03008392V1.0** Auswahl Leistungen der Rententräger / Knappschaft: Wahrheitswert  
*Leistungen der Rententräger / Knappschaft*
- 0:1 **G03003285V2.0** Renteneinkünfte des Vorvorjahres (EGH)  
*Angaben zu Renteneinkünfte des Vorvorjahres*
- 0:\* **F03009327V1.0** Renteneinkünfte aus (EGH): Text aus **Codeliste**: Rentenart (SGB XII)  
*Rentenart*
- 0:20 **F03010119V1.0** Nachweis Regelaltersrente : Anlage  
*Nachweis zur Regelaltersrente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010120V1.0** Nachweis Berufsunfähigkeitsrente : Anlage  
*Nachweis zur Berufsunfähigkeitsrente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010121V1.1** Nachweis Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung: Anlage  
*Nachweis zur Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010122V1.0** Nachweis Grundrente: Anlage  
*Nachweis zur Grundrente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010123V1.0** Nachweis Landwirtschaftliches Altersgeld: Anlage  
*Nachweis zum Landwirtschaftlichen Altersgeld (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010124V1.0** Nachweis Private Rente (z.B.: Riester): Anlage  
*Nachweis zur Privaten Renten (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010133V1.0** Nachweis Ausgleichsrente: Anlage  
*Nachweis zur Ausgleichsrente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010134V1.0** Nachweis ausländische Rente: Anlage  
*Nachweis zur ausländischen Rente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010135V1.0** Nachweis Berufs-/Schadensausgleichsrente: Anlage  
*Nachweis zur Berufs-/Schadensausgleichsrente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010136V2.0** Nachweis Betriebsrente: Anlage  
*Nachweis zur Betriebsrente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010137V1.0** Nachweis Sonstige Rente: Anlage  
*Nachweis zur Sonstigen Rente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010138V1.0** Nachweis Unfallrente: Anlage  
*Nachweis zur Unfallrente (Brutto) des Vorvorjahres*

- 0:20 **F03010140V1.0** Nachweis Waisengeld: Anlage  
*Nachweis zum Waisengeld (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010141V1.0** Nachweis Waisenrente: Anlage
- 0:20 **F03010143V1.0** Nachweis Witwen-/Witwerrente / Hinterbliebenenrente: Anlage  
*Nachweis zur Witwen-/Witwerrente / Hinterbliebenenrente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:1 **F03009935V1.0** Auswahl Einkünfte aus Unterhaltszahlung (EGH): Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Unterhaltszahlungen*
- 0:1 **G03003487V1.0** Angabe zu Einkünften aus Unterhaltszahlungen (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Unterhaltszahlungen*
- 0:1 **F03009938V1.0** Höhe der Unterhaltszahlung (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag der Unterhaltszahlung (Brutto)*
- 1:20 **F03009790V1.0** Nachweis Unterhaltsregelung: Anlage
- 0:1 **F03013849V0.1** Auswahl Einkünfte Steuererstattung: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Steuererstattung*
- 0:1 **G03001554V1.2** Angaben zur Steuererstattung
- 0:1 **F03009186V1.2** Einnahme in Höhe (in Euro): Nummer
- 0:1 **F03004199V1.0** Datum der Steuererstattung (SGB XII): Datum  
*Datum der Steuererstattung*
- 1:20 **F03008043V1.0** Nachweis Steuerbescheid (Steuererstattung): Anlage
- 0:1 **F03008093V1.0** Auswahl Sonstige Einkünfte: Wahrheitswert  
*Sonstige Einkünfte*
- 0:1 **G03003045V1.1** Angabe zu sonstigen Einkünften (EGH)  
*Angabe zu sonstigen Einkünften*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008101V1.0** Anlage Sonstige Einkünfte: Anlage  
*Nachweis Sonstige Einkünfte*
- 0:1 **F03014425V0.1** Auswahl kein Einkommen (EGH EW): Wahrheitswert  
*Ich habe kein Einkommen*
- 1 **G03003381V2.0** Angaben zum aktuellen Einkommen (EGH EW)  
*Angaben zum aktuellen Einkommen*
- 0:1 **F03014812V1.0** Einstiegstext aktuelles Einkommen (statisch) (EGH EW): Text  
*Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem voraussichtlichen Bruttoeinkommen für das aktuelle Kalenderjahr. Bitte fügen Sie als*

*Nachweis Belege über das bisherige monatliche Einkommen bei.*

- 0:1 **F03010491V1.1** Ich möchte jetzt keine Angaben machen: Wahrheitswert  
*Ich möchte jetzt keine Angaben machen / Ich brauche jetzt keine Angaben machen*
- 0:1 **F03014696V0.1** Hinweis Bearbeitung Behörde (statisch): Text  
*Hinweis: Der Antrag kann von der zuständigen Behörde erst abschließend bearbeitet werden, wenn alle Angaben vollständig sind und alle Unterlagen vorliegen. Wenn Sie zum jetzigen Zeitpunkt keine Angaben machen, werden Sie im Laufe des Antragsverfahrens von der zuständigen Behörde aufgefordert, die Angaben und Unterlagen nachzureichen, sofern sie erforderlich sind.*
- 0:1 **F03010225V1.1** Auswahl staatlicher Leistungsbezug: Wahrheitswert  
*Staatlicher Leistungsbezug (z.B. Arbeitslosengeld, Hilfe zur Grundsicherung, Hilfe zur Pflege, Landesblindengeld, Blindenhilfe oder Kindergeld)*
- 0:1 **F03014810V0.1** Hinweis staatliche Leistungen EGH EW (statisch): Text  
*Sie haben angegeben, dass Sie staatliche Leistungen beziehen. Sollte es sich um Leistungen nach dem SGB II (z.B. Arbeitslosengeld II, Leistungen für Bildung und Teilhabe) oder Leistungen nach dem SGB XII (z.B. Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung oder Wohngeld) oder um Leistungen nach § 27a des Bundesversorgungsgesetzes handeln, müssen Sie ausschließlich Nachweise zu dem Leistungsbezug erbringen. Weitere Angaben zum Einkommen sind in diesem Fall nicht erforderlich.*
- 0:\* **G03004175V2.0** Angaben über staatliche Leistungsbezüge (EGH EW)  
*Angaben über staatliche Leistungsbezüge*
- 0:1 **F03014811V0.1** Hinweis Einkünfte von öffentlichen Stellen EGH EW (statisch): Text  
*Bitte benennen Sie alle Einkünfte, die die Sie von öffentlichen Stellen erhalten (z.B. Bundesagentur für Arbeit, Landesamt für Soziales, Jugend und Familie oder einer örtlichen Behörde) . Zu diesen Einkünften zählen z.B. Arbeitslosengeld, Hilfe zur Grundsicherung, Hilfe zur Pflege, Landesblindengeld, Blindenhilfe oder Kindergeld)*
- 1 **F03010226V1.1** Ich beziehe folgende Leistung (EGH EW): Text aus **Codeliste:** staatlicher Leistungsbezug(EGH K+J)  
*Ich beziehe folgende Leistung*
- 0:1 **F03007795V1.0** Name der Leistung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 0:1 **F03000030V1.0** Name des Leistungsträgers: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:20 **F03008017V1.0** Nachweis staatlicher Leistungsbezug: Anlage
- 0:20 **F03014059V0.1** Nachweis Kindergeld (EGH K+J): Anlage  
*Nachweis Kindergeld*
- 0:1 **F03008087V1.0** Auswahl Einkünfte Land- und Forstwirtschaft : Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft*

- 0:1 **G03003410V1.1** Angabe zu Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03009630V1.0** Nachweis Einkünfte aus Land und Forstw. lfd. KJ (EGH): Anlage  
*Nachweis Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft*
- 0:1 **F03008088V1.0** Auswahl Einkünfte Gewerbebetrieb: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Gewerbebetrieb*
- 0:1 **G03003399V1.1** Angabe zu Einkünften aus Gewerbebetrieb (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Gewerbebetrieb*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03009609V1.0** Nachweis Einkommen Gewerbe lfd. KJ (EGH): Anlage  
*Nachweis Einkünfte*
- 0:1 **F03008089V1.0** Auswahl Einkünfte aus selbständiger Arbeit: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus selbständiger Arbeit*
- 0:1 **G03003406V1.1** Angabe zu Einkünften aus selbständiger Arbeit (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus selbständiger Arbeit*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03009609V1.0** Nachweis Einkommen Gewerbe lfd. KJ (EGH): Anlage  
*Nachweis Einkünfte*
- 0:1 **F03008090V1.0** Auswahl Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit*
- 0:1 **G03003405V1.1** Angabe zu Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03009602V1.0** Nachweis Bruttoeinkommen lfd. KJ (EGH): Anlage  
*Nachweis Bruttoeinkommen*
- 0:1 **F03008091V1.0** Auswahl Einkünfte aus Kapitalvermögen: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Kapitalvermögen*
- 0:1 **G03003400V1.1** Angabe zu Einkünften aus Kapitalvermögen (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Kapitalvermögen*

- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03009604V1.0** Nachweis Kapitalvermögen lfd. KJ (EGH): Anlage  
*Nachweis Kapitalvermögen*
- 0:1 **F03008092V1.0** Auswahl Einkünfte aus Vermietung u. Verpachtung: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Vermietung / Verpachtung*
- 0:1 **G03003407V1.1** Angabe zu Einkünften aus Vermietung und Verpachtung (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Vermietung und Verpachtung*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03009628V1.0** Nachweis Einkünfte aus V + V lfd. KJ (EGH): Anlage  
*Nachweis Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung*
- 0:1 **F03008392V1.0** Auswahl Leistungen der Rententräger / Knappschaft: Wahrheitswert  
*Leistungen der Rententräger / Knappschaft*
- 0:1 **G03003397V2.0** Renteneinkünfte des aktuellen Kalenderjahres (EGH)  
*Renteneinkünfte des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:\* **F03009327V1.0** Renteneinkünfte aus (EGH): Text aus **Codeliste**: Rentenart (SGB XII)  
*Rentenart*
- 0:20 **F03010153V1.0** Nachweis Regelaltersrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Regelaltersrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010154V1.0** Nachweis Berufsunfähigkeitsrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Berufsunfähigkeitsrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010155V1.1** Nachweis Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010156V1.0** Nachweis Grundrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Grundrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010157V1.0** Nachweis Landwirtschaftliches Altersgeld aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zum landwirtschaftlichen Altersgeld (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010158V1.0** Nachweis Ausgleichsrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Ausgleichsrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010159V1.0** Nachweis ausländischen Rente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur ausländischen Rente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010160V1.0** Nachweis Berufs-/Schadensausgleichsrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Berufs-/Schadensausgleichsrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*

- 0:20 **F03010161V1.0** Nachweis Betriebsrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Betriebsrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010162V1.0** Nachweis Sonstige Rente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur sonstigen Rente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010163V1.0** Nachweis Unfallrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Unfallrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010164V1.0** Nachweis Waisengeld aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zum Waisengeld (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010165V1.0** Nachweis Waisenrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Waisenrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010166V1.0** Nachweis Witwen-/Witwerrente / Hinterbliebenenrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Witwen-/Witwerrente / Hinterbliebenenrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010167V1.0** Nachweis Private Rente (z.B.: Riester) aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur privaten Rente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:1 **F03009935V1.0** Auswahl Einkünfte aus Unterhaltszahlung (EGH): Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Unterhaltszahlungen*
- 0:1 **G03003487V1.0** Angabe zu Einkünften aus Unterhaltszahlungen (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Unterhaltszahlungen*
- 0:1 **F03009938V1.0** Höhe der Unterhaltszahlung (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag der Unterhaltszahlung (Brutto)*
- 1:20 **F03009790V1.0** Nachweis Unterhaltsregelung: Anlage
- 0:1 **F03013849V0.1** Auswahl Einkünfte Steuererstattung: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Steuererstattung*
- 0:1 **G03001554V1.2** Angaben zur Steuererstattung
- 0:1 **F03009186V1.2** Einnahme in Höhe (in Euro): Nummer
- 0:1 **F03004199V1.0** Datum der Steuererstattung (SGB XII): Datum  
*Datum der Steuererstattung*
- 1:20 **F03008043V1.0** Nachweis Steuerbescheid (Steuererstattung): Anlage
- 0:1 **F03008093V1.0** Auswahl Sonstige Einkünfte: Wahrheitswert  
*Sonstige Einkünfte*
- 0:1 **G03003045V1.1** Angabe zu sonstigen Einkünften (EGH)  
*Angabe zu sonstigen Einkünften*



- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008101V1.0** Anlage Sonstige Einkünfte: Anlage  
*Nachweis Sonstige Einkünfte*
- 0:1 **F03014425V0.1** Auswahl kein Einkommen (EGH EW): Wahrheitswert  
*Ich habe kein Einkommen*
- 0:1 **F03014699V0.1** Hinweis Finanzen 7 (statisch): Text  
*Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Vermögen.*
- 0:1 **G03003282V2.0** Angaben zum Vermögen (EGH EW)  
*Angaben zum Vermögen*
  - 1:\* **F03010492V1.1** Bitte wählen Sie Ihre Vermögensart/-en aus. (EGH EW): Text aus **Codeliste**: Art des Vermögens  
*Bitte wählen Sie Ihre Vermögensart/-en aus.*
- 0:1 **F03014700V1.0** Hinweis Vermögen 1 (statisch): Text  
*Hinweis: Der Antrag kann von der zuständigen Behörde erst abschließend bearbeitet werden, wenn alle Angaben vollständig sind und alle Unterlagen vorliegen. Wenn Sie zum jetzigen Zeitpunkt keine Angaben machen, werden Sie im Laufe des Antragsverfahrens von der zuständigen Behörde aufgefordert, die Angaben und Unterlagen nachzureichen, sofern sie erforderlich sind.*
- 0:1 **G03000813V1.1** Angaben zum Barvermögen
  - 0:1 **F03001649V1.1** Gesamtbetrag (in Euro): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]
- 0:\* **G03000815V2.0** Angaben zum Girokonto (SGB XII)  
*Angaben zum Girokonto*
  - 1 **F03007810V1.0** Name des Geldinstituts: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 1 **F60000288V1.2** IBAN: Text[{"minLength":"5","pattern":"[a-zA-Z]{2,2}[0-9]{2,2}[a-zA-Z0-9]{1,30}","maxLength":"34"}]
  - 0:1 **F60000289V1.2** BIC: Text[{"minLength":"8","pattern":"[A-Z]{6,6}[A-Z2-9][A-NP-Z0-9]([A-Z0-9]{3,3}){0,1}","maxLength":"11"}]
  - 0:1 **F03001650V1.1** Gesamtbetrag (in Euro) (SGB XII): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Gesamtbetrag (in Euro)*
  - 1:20 **F03002093V1.0** Kontoauszüge der letzten 6 Monate: Anlage
- 0:\* **G03000817V2.0** Angaben zum Sparguthaben (SGB XII)  
*Angaben zum Sparguthaben*
  - 1 **F03007810V1.0** Name des Geldinstituts: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 1 **F60000288V1.2** IBAN: Text[{"minLength":"5","pattern":"[a-zA-Z]{2,2}[0-9]{2,2}[a-zA-Z0-9]{1,30}","maxLength":"34"}]

- 0:1 **F60000289V1.2** BIC: Text[{"minLength":"8","pattern":"[A-Z]{6,6}[A-Z2-9][A-NP-Z0-9]([A-Z0-9]{3,3}){0,1}","maxLength":"11"}]
- 0:1 **F03001650V1.1** Gesamtbetrag (in Euro) (SGB XII): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Gesamtbetrag (in Euro)*
- 1:20 **F03008044V1.0** Nachweis Sparguthaben: Anlage
- 0:\* **G03000818V2.0** Angaben zum Sparvertrag (SGB XII)  
*Angaben zum Sparvertrag*
- 0:1 **F03009184V1.0** Kontonummer: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 1 **F03007810V1.0** Name des Geldinstituts: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03001653V1.1** Aktuelle Ansparsumme: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 1:20 **F03008048V1.0** Nachweis Sparvertrag: Anlage
- 1:20 **F03009204V1.0** Nachweis aktueller Kontoauszug (Sparvertrag) : Anlage
- 0:\* **G03000819V1.1** Angaben zum Bausparvertrag (SGB XII)  
*Angaben zum Bausparvertrag*
- 0:1 **F03001651V1.0** Versicherungsnummer: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 1 **F03001652V1.0** Name der Versicherung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03001653V1.1** Aktuelle Ansparsumme: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 1:20 **F03008031V1.0** Nachweis Bausparvertrag: Anlage
- 1:20 **F03008032V1.0** Nachweis aktueller Kontoauszug (Bausparvertrag): Anlage
- 0:\* **G03000820V1.1** Angaben zur Lebensversicherung (SGB XII)  
*Angaben zur Lebensversicherung*
- 0:1 **F03001651V1.0** Versicherungsnummer: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 1 **F03001652V1.0** Name der Versicherung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03001653V1.1** Aktuelle Ansparsumme: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 0:1 **F03007811V1.1** Rückkaufswert: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 1:20 **F03008041V1.0** Nachweis Versicherungspolice Lebensversicherung: Anlage
- 0:\* **G03000826V1.0** Angaben zu Wertpapieren / Aktien / Depotkonten / Fonds (SGB XII)  
*Angaben zu Wertpapieren / Aktien / Depotkonten / Fonds*
- 0:1 **F03001692V1.0** Gesamtwert (in Euro) (SGB XII): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Gesamtwert (in Euro)*
- 1:20 **F03008035V1.0** Nachweis Wertpapiere / Aktien / Depotkonten / Fonds: Anlage

- 0:\* **G03000821V1.2** Angaben zur/zum Sterbeversicherung/Bestattungsvorsorgevertrag (SGB XII)  
*Angaben zur/zum Sterbeversicherung/Bestattungsvorsorgevertrag*
- 0:1 **F03001651V1.0** Versicherungsnummer: Nummer[{"minValue":"0"}]
  - 1 **F03001652V1.0** Name der Versicherung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 0:1 **F03001653V1.1** Aktuelle Ansparsumme: Nummer[{"minValue":"0"}]
  - 0:1 **F03007811V1.1** Rückkaufswert: Nummer[{"minValue":"0"}]
  - 1:20 **F03002094V1.1** Nachweis Versicherungspolice Sterbeversicherung: Anlage  
*Nachweis Versicherungspolice Sterbeversicherung/Bestattungsvorsorgevertrag*
- 0:\* **G03000827V1.1** Angabe zur privaten Altersvorsorge (SGB XII)  
*Angaben zur privaten Altersvorsorge*
- 1 **F03000030V1.0** Name des Leistungsträgers: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 0:1 **F03001653V1.1** Aktuelle Ansparsumme: Nummer[{"minValue":"0"}]
  - 0:1 **F03007811V1.1** Rückkaufswert: Nummer[{"minValue":"0"}]
  - 1:20 **F03008042V1.0** Nachweis Altersvorsorge: Anlage
- 0:\* **G03000823V2.0** Angaben zu Haus-/ Wohnungseigentum (SGB XII)  
*Angaben zu Haus-/ Wohnungseigentum*
- 1 **F03001656V1.0** Erzielen Sie hieraus Einkünfte? (SGB XII): Text aus **Codeliste**: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Erzielen Sie hieraus Einkünfte?*
  - 0:1 **F03008036V0.2** Hinweis zu Haus- und Wohnungseigentum (statisch): Text  
*Sie haben angegeben, dass Sie Einkünfte durch Ihr Haus- und Wohnungseigentum erzielen. Bitte vermerken Sie diese Einkünfte bei der Frage „Gibt es Einkünfte?“.*
  - 0:1 **F03003608V1.0** Lebt ein/eine Familienangehörige/r in dem Haus-/Wohnungseigentum?: Wahrheitswert
  - 1:20 **F03001657V1.0** Nachweis Haus-/Wohneigentums: Anlage  
*Nachweis zum Wert und Größe sowie Lage des Haus-/Wohneigentums*
- 0:\* **G03001016V1.0** Angaben zum Kraftfahrzeug (SGB XII)  
*Angaben zum Kraftfahrzeug*
- 1 **F03002096V1.0** Art des Kraftfahrzeugs: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 1 **F03004266V1.0** Das Kfz ist (Vermögen): Text aus **Codeliste**: Nähere Angaben zum Kfz  
*Das Kfz ist*
  - 1 **F03002097V1.0** Amtliches Kennzeichen (SGB XII): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Amtliches Kennzeichen*
  - 1 **F03003548V1.0** Kilometerstand (Vermögen SGB XII): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]

*Kilometerstand*

- 1:20 **F03002095V1.0** Nachweis/Kopie Kraftfahrzeugschein: Anlage
- 0:\* **G03000828V2.0** Angaben zu Forderungen gegenüber Dritten (SGB XII)  
*Angaben zu Forderungen gegenüber Dritten*
  - 1 **F03001693V1.0** Art des Anspruchs (SGB XII): Text aus **Codeliste: Art des Anspruchs**  
*Art des Anspruchs*
  - 0:1 **F03008040V0.2** Hinweis zu Forderungen gegenüber Dritten (statisch): Text  
*Bitte machen Sie hier Angaben, wenn Sie Forderungen gegenüber anderen Privatpersonen oder Unternehmen (z.B. Rückerstattungen) haben.*
  - 0:1 **F03001694V1.0** Sonstiger Anspruch (SGB XII): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Sonstiger Anspruch*
- 1:20 **F03008037V1.1** Nachweis Forderungen gegenüber Dritten: Anlage
- 0:1 **G03002876V2.0** Sonstiger Grundbesitz
  - 1 **F03008045V1.0** Erzielen Sie hieraus Einkünfte? : Text aus **Codeliste: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)**
  - 0:1 **F03008046V0.2** Hinweis zu sonstigen Grundbesitz (statisch): Text  
*Sie haben angegeben, dass Sie Einkünfte durch Ihren sonstigen Grundbesitz erzielen. Bitte vermerken Sie diese Einkünfte bei der Frage „Gibt es Einkünfte?“.*
- 1:20 **F03008047V1.0** Nachweis zu Wert und Größe sowie Lage des sonstigen Grundbesitzes: Anlage
- 0:\* **G03003272V1.1** Angaben zum sonstigen Vermögen
  - 1 **F03007807V1.0** Sonstiges Vermögen: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 0:1 **F03001653V1.1** Aktuelle Ansparsumme: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 1:20 **F03008049V1.0** Nachweis Sonstiges Vermögen: Anlage
- 1 **F03008856V1.0** Bestehen Ansprüche aus Übertragungsverträgen?: Text aus **Codeliste: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)**  
*Bestehen Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z.B. Wohn- Altenteilsrecht oder Nießbrauch)?*
- 0:1 **G03003169V2.0** Nähere Angaben zu Übertragungsverträgen
  - 1 **F03014524V1.0** Hinweis Übertragungsvertrag (statisch): Text  
*Bitte machen Sie Angaben zu der Person, mit der Sie den Übertragungsvertrag geschlossen haben.*
  - 1 **F60000227V1.1** Familienname: Text[{"minLength":"1","maxLength":"120"}]
  - 1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength":"1","maxLength":"80"}]
  - 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
  - 1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
  - 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}([1-9]{1}[0-9]{1}){0-3}","maxLength":"5"}]

- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "50"}]
- 1 **F03007816V1.1** Höhe/Wert der Zuwendung (in Euro): Geldbetrag[{"minValue": "0"}]
- 1:20 **F03008857V1.0** Nachweis Übertragungsvertrag: Anlage
- 1 **F03007812V1.0** Frage Übertragung Vermögen: Text aus **Codeliste**: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung)?*
- 0:1 **G03000830V2.0** Nähere Angaben zur Vermögensübertragung (SGB XII)  
*Nähere Angaben zur Vermögensübertragung*
  - 1 **F03007813V1.0** Hinweis Vermögensübertragung (statisch): Text  
*Bitte machen Sie Angaben zu der Person auf die Vermögen übertragen wurde und zu der Art der Zuwendung.*
  - 1 **F60000227V1.1** Familienname: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "120"}]
  - 1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "80"}]
  - 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "55"}]
  - 1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "11"}]
  - 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength": "5", "pattern": "([0]{1}[1-9]{1}){1}([1-9]{1}[0-9]{1}){0-9}{3}", "maxLength": "5"}]
  - 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "50"}]
  - 1 **F03007815V1.1** Art der Zuwendung: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]
  - 1 **F03007816V1.1** Höhe/Wert der Zuwendung (in Euro): Geldbetrag[{"minValue": "0"}]
  - 1 **F03014210V0.1** Zeitpunkt der Zuwendung: Datum
- 1:20 **F03008052V1.0** Nachweis Vermögensübertragung: Anlage
- 1 **G03003377V1.2** Personen im Haushalt
  - 1 **F03009577V1.2** Leben im Haushalt weitere Personen? : Wahrheitswert
- 0:1 **F03014813V0.1** Hinweis Angaben zur Wohnsituation EGH EW (statisch): Text  
*Hinweis: Bitte machen Sie im Dialog 1.2 Angaben zu Ihrer Wohnsituation.*
- 1 **G03004087V2.0** Personen im Haushalt (EGH EW)  
*Personen im Haushalt*
  - 1 **G03004086V2.0** Persönliche Daten zur weiteren Person im Haushalt (EGH EW)  
*Persönliche Daten zur weiteren Person im Haushalt*
    - 1 **F60000227V1.1** Familienname: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "120"}]
    - 0:1 **F60000230V1.1** Geburtsname: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "75"}]
    - 1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "80"}]

- 0:1 **F03000647V1.4** Geburtsdatum (TFG): Datum  
*Geburtsdatum*
- 1 **F60000234V1.1** Geburtsort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"80"}]
- 1 **F03002044V1.0** Die weitere Person im Haushalt ist.: Text aus **Codeliste**: weitere Person im Haushalt
- 0:1 **F03007837V1.0** Sonstige Person: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Sie haben „Sonstige Person“ ausgewählt. Bitte erläutern Sie, in welcher Beziehung Sie zu der Person stehen.*
- 1 **G03004305V2.0** Schweigepflichtentbindung (EGH)  
*Schweigepflichtentbindung*
- 0:1 **F03014704V1.0** Hinweis Schweigepflichtentbindung 1 (statisch): Text  
*Um eine zügige und rasche Antragsbearbeitung zu gewährleisten, werden Sie um die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gebeten. Bitte laden Sie am Ende der Seite das Dokument zur Schweigepflichtentbindung herunter und bestätigen oder versagen Sie Ihr Einverständnis in dem Dokument. Anschließend können Sie das Dokument wieder hochladen oder per Post übersenden.*
- 0:1 **F03014705V1.0** Überschrift Entbindung von der Schweigepflicht (statisch): Text  
*Entbindung von der Schweigepflicht Durch die Schweigepflichtentbindung erklären Sie sich damit einverstanden, dass die zuständige Behörde die Auskünfte und medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundscheine, Untersuchungsbefunde, Pflege- und Betreuungsgutachten, Entwicklungsberichte, Zeugnisse) von den benannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gesundheitsämtern, Gerichten, Sozialleistungsträgern, sozialen Einrichtungen, Schulen sowie von privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungsunternehmen - auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfange bezieht, wie diese für die Prüfung des Anspruchs auf Eingliederungshilfe erforderlich sind.*
- 0:1 **F03014706V1.0** Hinweis Schweigepflichtentbindung 2 (statisch): Text  
*Diese Erklärung erstreckt sich, soweit Sie Ihre Schweigepflichtentbindung nicht beschränken, auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte stattgefunden haben, sind der zuständigen Behörde unverzüglich mitzuteilen. Sofern Sie bei Ihrer Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes bestimmen, werden auch Unterlagen über ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens vorgenommen werden, angefordert. Die Einwilligungserklärung bezieht sich auch auf die während des Verfahrens sonstigen eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen, sofern sie für die Prüfung des Anspruchs auf Eingliederungshilfe erforderlich sind.*
- 0:1 **F03014707V1.0** Hinweis Schweigepflichtentbindung 3 (statisch): Text  
*Insoweit entbinden Sie die von der zuständigen Behörde ersuchten Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser, andere Behandlungsstätten, Behörden und private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen von ihrer Schweigepflicht. Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren. Vorstehende Erklärung ist ein höchst persönliches Recht und daher ausschließlich von der Antragstellerin/dem Antragsteller, der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter, der Betreuerin/dem Betreuer mit entsprechender Befugnis, nicht aber von der/dem Bevollmächtigten zu erteilen.*

- 0:1 **F03010474V1.2** Art der Einreichung Schweigepflichtentbindung (EGH): Text aus **Codeliste**: Art der Einreichung Schweigepflichtentbindung (EGH)  
*Auf welche Art möchten Sie Ihre Erklärung zur Schweigepflichtentbindung einreichen?*
- 0:1 **F03010475V1.2** Art der Einreichung Schweigepflichtentbindung Betreuer (EGH): Text aus **Codeliste**: Art der Einreichung Schweigepflichtentbindung-Betreuer (EGH)  
*Auf welche Art möchten Sie Ihre Erklärung zur Schweigepflichtentbindung einreichen?*
- 0:1 **F03014784V0.1** Frage Einschränkungen der Schweigepflichtentbindung (EGH): Text  
*Wollen Sie Einschränkungen der Schweigepflichtentbindung aufnehmen?*
- 0:1 **F03009026V1.0** Ich stimme der Schweigepflichtentbindung in dieser Form zu.: Wahrheitswert
- 0:1 **F03014814V0.1** Vordruck Schweigepflichtentbindung herunterladen (Cirali): Text  
*Vordruck Schweigepflichtentbindung herunterladen*
- 0:1 **G03006394V1.0** Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung digital hochladen (SBA)  
*Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung digital hochladen*
- 0:1 **F03014655V2.0** Hinweis Vertretung Schweigepflicht (statisch): Text  
*Sie können entweder als betroffene Person, betreuende Person (soweit vom Aufgabenkreis umfasst) oder als gesetzliche Vertretung die Schweigepflichtentbindung ausdrucken, ausfüllen, unterschreiben und hochladen. Falls Sie als bevollmächtigte Person den Antrag stellen, müssen Sie für die Schweigepflichtentbindung die Einwilligung/Versagung der betroffenen Person, der betreuenden Person oder der gesetzlichen Vertretung einholen.*
- 1:20 **F03009027V1.2** Unterzeichnete Schweigepflichtentbindung: Anlage
- 0:1 **G03006393V0.1** Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung per Post übersenden (EGH)  
*Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung per Post übersenden*
- 0:1 **F03014783V0.1** Hinweis Schweigepflichtentbindung per Post senden EGH (statisch): Text  
*Sie können entweder als betroffene Person, betreuende Person (soweit vom Aufgabenkreis umfasst) oder als gesetzliche Vertretung die Schweigepflichtentbindung ausdrucken, ausfüllen, unterschreiben und per Post an die zuständige Behörde senden. Falls Sie als bevollmächtigte Person den Antrag stellen, müssen Sie für die Schweigepflichtentbindung die Einwilligung/Versagung der betroffenen Person, der betreuenden Person oder der gesetzlichen Vertretung einholen. Die ausgefüllte und unterschriebene Schweigepflichtentbindung senden Sie bitte an die zuständige Behörde. Die Adresse wird Ihnen nach dem Absenden des Antrags angezeigt.*
- 0:1 **G03004350V2.0** Rechtlicher Hinweis (EGH EW)  
*Rechtlicher Hinweis*
- 0:1 **F03014709V1.0** Rechtlicher Hinweis 1 (statisch): Text  
*Sie haben sich für die digitale Entbindung von der Schweigepflicht entschieden, diese wird Ihren Ärzten gegenüber wirksam, wenn Sie die folgende Auswahl bestätigen.*
- 0:1 **F03014710V1.0** Rechtlicher Hinweis 2 (statisch): Text  
*Mir ist bewusst, dass von den benannten behandelten Ärzten und Einrichtungen Auskünfte und medizinische Unterlagen*

*eingeholt werden, die einem begutachtenden Arzt weitergeleitet werden.*

- 1 **F03010547V1.0** Erklärung (EGH EW): Wahrheitswert  
*Ich erkläre mich mit der unter 1.10 genannten Entbindung von der Schweigepflicht (vorbehaltlich genannter Einschränkungen) einverstanden.*

- 0:1 **G03004493V1.0** Ablehnung der Schweigepflichtentbindung (EGH)  
*Ablehnung der Schweigepflichtentbindung*

- 0:1 **F03014711V1.0** Hinweis Ablehnung Schweigepflicht (statisch): Text  
*Sie haben sich dafür entschieden, die Schweigepflichtentbindung nicht zu erteilen. Bitte beachten Sie, dass unter diesen Umständen ausschließlich anhand der von Ihnen eingereichten Unterlagen über Ihren Antrag entschieden wird.*

- 1:20 **F03009027V1.2** Unterzeichnete Schweigepflichtentbindung: Anlage

- 1 **G03003573V2.0** Mitwirkungspflicht und Datenschutz (EGH EW)  
*Mitwirkungspflicht und Datenschutz*

- 0:1 **F03014712V1.0** Hinweis Mitwirkungspflicht 1 (statisch): Text  
*Mitwirkungspflicht Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist der Träger der Eingliederungshilfe auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) die Mitwirkungspflicht der oder des Leistungsberechtigten gesetzlich geregelt. Wer Sozialleistungen beantragt, hat u.a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. Pflegekasse) zuzustimmen. Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u.a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.*

- 0:1 **F03014713V1.0** Mitwirkungspflicht 2 (statisch): Text  
*Sollten sich Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen ergeben, müssen Sie diese dem Träger der Eingliederungshilfe unverzüglich mitteilen.*

- 1 **F03008866V1.0** Hiermit versichere ich: Wahrheitswert  
*Hiermit versichere ich, die Angaben in diesem Antrag, insbesondere zu den Vermögensverhältnissen, nach bestem Wissen und Gewissen getätigt zu haben und mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Ich bestätige ausdrücklich, dass ich davon unterrichtet bin, jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung maßgebend sind, unverzüglich der gewährenden Behörde mitteilen zu müssen. Dies sind z.B.: der Wechsel des Aufenthaltsortes (auch vorübergehender Art wegen Schul- oder Berufsausbildung, Krankenhausaufenthalt, Umzug in eine stationäre Einrichtung) oder jede Änderung hinsichtlich der angegebenen Einkünfte oder Sozialleistungen (Zugang, Erhöhung, Minderung, Wegfall).*

- 0:1 **F03014714V1.0** Hinweis Mitwirkungspflicht 3 (statisch): Text  
*Datenschutz Die Rechtsgrundlagen zur rechtmäßigen Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in den §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die Informationen zu den Risiken der Datenübermittlung und den Informationspflichten nach Artikel 13 ff. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) finden Sie in den Informations- und Transparenzpflichten nach Art. 13 DSGVO (PDF).*



- 1 **F03007871V1.1** Stimmen Sie der Datenverarbeitung zu?: Wahrheitswert
- 0:1 **F03014715V1.0** Hinweis Mitwirkungspflicht 4 (statisch): Text  
*Datenübermittlung an Dritte (z.B. Versicherungen, andere Behörden)*
- 1 **F03014026V0.1** Datenübermittlung (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Datenweitergabe(EGH)  
*Im Rahmen der Antragsbearbeitung ist es ggf. notwendig, Daten mit anderen gesetzlichen oder privaten Leistungsträgern (z.B. andere Behörden, Versicherungen) auszutauschen. Sie haben hier die Möglichkeit dieser Datenübermittlung zuzustimmen oder zu widersprechen. Bitte beachten Sie, wenn Sie der Datenübermittlung widersprechen, wird die Behörde die erforderlichen Unterlagen ausschließlich von Ihnen anfordern.*
- 0:1 **F03014716V1.0** Hinweis Mitwirkungspflicht 5 (statisch): Text  
*Im Falle der Unzuständigkeit ist die Behörde nach §§ 14 und 15 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) unabhängig von Ihrer Zustimmung oder Ablehnung der Datenübermittlung verpflichtet, den Antrag unverzüglich an den zuständigen Rehabilitationsträger i.S.d. § 6 SGB IX (z.B. gesetzliche Krankenkasse, gesetzliche Rentenversicherung) weiterzuleiten.*
- 1 **G03003416V1.1** Sonstiges/Ergänzende Angaben
  - 0:1 **F03009632V1.1** Sonstiges/Ergänzende Angaben (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"1000"}]  
*Wenn Sie weitere Informationen und Anmerkungen zum Antrag auf Eingliederungshilfe haben, können Sie diese hier angeben.*
  - 0:20 **F03009022V1.0** Sonstige Anlagen: Anlage
- 0:1 **G03006561V1.0** Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche (TA NDS)  
*Antrag auf Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche*
  - 1 **G03002882V2.0** Antragstellende Person
    - 1 **F03008291V1.2** Antragstellung durch (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Antragstellung durch (K+J)  
*Wer stellt den Antrag?*
    - 0:1 **F03010184V1.0** Hilfesuchende Person (K+J): Text aus **Codeliste**: Auswahl Ü/U18  
*Hilfesuchende Person*
    - 0:1 **F03014662V0.1** Hinweis Antragsteller (statisch): Text  
*Bitte fügen Sie einen Nachweis bei, aus dem hervorgeht, dass Ihre gesetzliche Vertretung über diese Antragsstellung informiert ist. Sollten Sie keinen Nachweis vorlegen, wird Ihre gesetzliche Vertretung über die Antragsstellung informiert.*
    - 0:1 **F03010185V1.0** Mein/e gesetzlicher Vertreter/in Antragsstellung unterrichtet (K+J): Wahrheitswert  
*Mein/e gesetzlicher Vertreter/in (z.B. Elternteil) ist über die Antragsstellung unterrichtet*
    - 0:20 **F03010186V1.1** Nachweis gesetzliche Vertretung (K+J): Anlage  
*Nachweis Unterrichtung der gesetzlichen Vertretung*
    - 0:1 **F03010187V1.0** Frage gesetzliche Vertretung: Wahrheitswert  
*Haben Sie eine Betreuerin / einen Betreuer oder werden Sie von einer bevollmächtigten Person in Behördenangelegenheiten unterstützt?*

- 0:1 **F03010188V1.0** Gesetzliche Vertretung (K+J): Text aus **Codeliste**: Auswahl Gesetzliche Vertretung  
*Gesetzliche Vertretung*
- 0:1 **G03004328V2.0** Stellvertreter/in (EGH K+J)  
*Stellvertreter/in*
- 0:1 **F03014663V1.0** Hinweis Stellvertreter 1 (statisch): Text  
*Sie haben ausgewählt, dass Sie den Antrag nicht für sich selbst, sondern für eine andere Person stellen. Bitte tragen Sie im Folgenden Ihre Daten (Nachname, Vorname, Ihre Anschrift) ein und laden Sie die entsprechende Vollmacht (Betreuerausweis, Bestellungsurkunde o.ä.) hoch. Anschließend können Sie die Daten für die betroffene Person hinterlegen.*
- 0:1 **F03014664V1.0** Hinweis Stellvertreter 2 (statisch): Text  
*Bitte machen Sie hier Angaben zu Ihrer Betreuerin / Ihrem Betreuer oder zu der bevollmächtigten Person.*
- 0:1 **F03013992V0.1** Art der gesetzlichen Vertretung (z.B. Amtsvormundschaft) (EGH K+J): Text  
*Art der gesetzlichen Vertretung (z.B. Amtsvormundschaft)*
- 0:1 **F03002117V2.1** Name der Institution: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]
- 1 **F60000227V1.1** Familienname: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "120"}]
- 0:1 **F03000648V1.2** Namenszusatz: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]
- 0:1 **F03000649V1.2** Akademischer Grad: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "255"}]
- 1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "80"}]
- 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "55"}]
- 1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "11"}]
- 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength": "5", "pattern": "([0]{1}[1-9]{1}){1}[1-9]{1}[0-9]{1}[0-9]{3}", "maxLength": "5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "50"}]
- 0:1 **F60000248V1.1** Anschrift Zusatzangaben: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "21"}]  
*Adresszusatz*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:20 **F03000486V1.2** Nachweis/Kopie der Bestellungsurkunde: Anlage  
*Nachweis/Kopie der Bestellungsurkunde/Betreuerausweis/Vorsorgevollmacht/schriftliche Vollmacht*

0:20 **F03010501V1.0** Nachweis Betreuer/in: Anlage  
*Sofern vorhanden, laden Sie eine entsprechende Vollmacht hoch (z.B. Bestellungsurkunde, Bevollmächtigung o.ä.). Auf den folgenden Seiten können Sie dann Ihre persönlichen Daten eintragen.*

1 **G03002890V2.0** Hilfesuchende Person (EGH K+J)  
*Hilfesuchende Person*

1 **G03002889V2.0** Persönliche Daten zur hilfesuchenden Person (EGH K+J)  
*Persönliche Daten zur hilfesuchenden Person*

0:1 **F03014665V1.0** Hinweis Hilfesuchende Person (statisch): Text  
*Hinweis für betreuende Personen, bevollmächtigte Personen und gesetzliche Vertretungen: Bitte beachten Sie, dass sich diese und alle folgenden Angaben auf die Person beziehen, für die Sie den Antrag stellen.*

0:1 **F03008300V1.0** Hinweis Informationen zur Person (statisch): Text  
*Bitte geben Sie die erforderlichen Informationen der hilfesuchenden Person an.*

1 **F60000227V1.1** Familienname: Text[{"minLength":"1","maxLength":"120"}]

0:1 **F03000648V1.2** Namenszusatz: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]

0:1 **F60000230V1.1** Geburtsname: Text[{"minLength":"1","maxLength":"75"}]

1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength":"1","maxLength":"80"}]

1 **F03000647V1.4** Geburtsdatum (TFG): Datum  
*Geburtsdatum*

1 **F60000234V1.1** Geburtsort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"80"}]

1 **F60000332V1.2** Geschlecht : Text aus **Codeliste**: geschlecht  
*Geschlecht*

0:1 **F03003547V1.0** Familienstand (SGB XII): Text aus **Codeliste**: Familienstand (SGB XII)  
*Familienstand*

0:1 **F03003105V1.1** seit (SGB XII): Datum  
*seit*

1 **F03013962V0.1** Staatsangehörigkeit Frage (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Besitzt die hilfesuchende Person die deutsche Staatsangehörigkeit?*

0:1 **G03006075V1.0** Angaben zur Staatsangehörigkeit (EGH K+J)  
*Angaben zur Staatsangehörigkeit*

0:1 **F03013963V0.1** zweite Staatsangehörigkeit? (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Besitzt die hilfesuchende Person eine zweite Staatsangehörigkeit?*

0:1 **F03010274V1.1** Staatsangehörigkeit: Text aus **Codeliste**: Staatsangehörigkeit(HzP)

- 0:1 **F03014815V0.1** Wie ist der aufenthaltsrechtliche Status? (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Aufenthaltsstatus  
*Wie ist der aufenthaltsrechtliche Status?*
- 0:20 **F03007970V1.0** Nachweis aufenthaltsrechtlicher Status: Anlage
- 0:1 **G03006120V0.1** Angaben zur Einreise und Bürgerschaft (EGH K+J)  
*Angaben zur Einreise und Bürgerschaft*
- 1 **F03014057V0.1** Warum ist die HP in Deutschland eingereist? (EGH K+J):  
Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Warum ist die hilfeschende Person in Deutschland eingereist?*
- 1 **F03003655V1.0** Datum der Einreise (SGB XII): Datum  
*Datum der Einreise*
- 1 **F03014058V0.1** Wer hat die HP eingeladen und für die HP gebürgt? (EGH K+J):  
Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Wer hat die hilfeschende Person eingeladen und für die hilfeschende Person gebürgt?*
- 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "55"}]
- 1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "11"}]
- 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength": "5", "pattern": "([0]{1}[1-9]{1}){1}([1-9]{1}[0-9]{1}){0-9}{3}", "maxLength": "5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "50"}]
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03002025V1.0** Ausgeübte Tätigkeit (SGB XII): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ausgeübte Tätigkeit*
- 1 **F03010524V1.1** Anschrift hilfeschende Person (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Adresse Hilfeschende Person (EGH K+J)  
*Die hilfeschende Person lebt unter der oben angegebenen Anschrift*
- 0:1 **F03013960V0.1** Sonstiges Anschrift (EGH K+J): Text  
*Sonstiges*
- 0:1 **F03002082V1.0** Name der Einrichtung: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]
- 0:1 **F03013961V0.1** Personenanzahl im Haushalt (EGH K+J): Ganzzahl  
*Wie viele Personen leben mit der hilfeschenden Person in einem Haushalt?*
- 1 **G03004345V2.0** Früherer Bezug von Eingliederungshilfe (EGH K+J)  
*Angaben über früheren Bezug von Eingliederungshilfe*

1 **F03010543V1.0** Abfrage Leistungsbezug (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Bezieht die hilfeschuchende Person aktuell Leistungen der Eingliederungshilfe oder hat die hilfeschuchende Person früher Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen?*

0:\* **G03002884V2.0** Angaben zum Leistungsbezug der Eingliederungshilfe

1 **F03008063V1.0** Art der Leistung: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]

1 **F03008065V1.1** Name des Leistungsträgers (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Name des Leistungsträgers (Behörde)*

0:1 **F03008066V1.0** EGH-Leistungsbezug bis: Datum  
*Leistungsbezug bis*

0:1 **F03010359V1.0** laufender Leistungsbezug (EGH): Wahrheitswert  
*laufender Leistungsbezug*

0:20 **F03010303V0.1** Nachweis Leistungsbezug: Anlage

1:\* **G03003979V2.0** Eltern / Pflegeeltern / Adoptiveltern (EGH K+J)  
*Eltern / Pflegeeltern / Adoptiveltern*

1 **F03010189V1.1** Art des Elternteils: Text aus **Codeliste**: Eltern (K+J)

1 **F60000227V1.1** Familienname: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "120"}]

0:1 **F03000648V1.2** Namenszusatz: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]

0:1 **F03000649V1.2** Akademischer Grad: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "255"}]

0:1 **F60000230V1.1** Geburtsname: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "75"}]

1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "80"}]

1 **F03000647V1.4** Geburtsdatum (TFG): Datum  
*Geburtsdatum*

1 **F03014060V0.1** Besitzt der Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit? (EGH K+J): Text aus **Codeliste**:  
 Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Besitzt der Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit?*

0:1 **G03006121V1.0** Angaben zur Staatsangehörigkeit (Eltern EGH K+J)  
*Angaben zur Staatsangehörigkeit*

0:1 **F03014061V0.1** Besitzt der Elternteil eine zweite Staatsangehörigkeit? (Eltern EGH K+J): Text aus **Codeliste**:  
 Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Besitzt der Elternteil eine zweite Staatsangehörigkeit?*

0:1 **F03010274V1.1** Staatsangehörigkeit: Text aus **Codeliste**: Staatsangehörigkeit(HzP)

0:1 **F03014815V0.1** Wie ist der aufenthaltsrechtliche Status? (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Aufenthaltsstatus  
*Wie ist der aufenthaltsrechtliche Status?*

- 0:20 **F03007970V1.0** Nachweis aufenthaltsrechtlicher Status: Anlage
- 0:1 **F03014062V0.1** Ist der Elternteil Spätaussiedler/in? (Eltern EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Ist der Elternteil Spätaussiedler/in?*
- 0:1 **G03006122V0.1** Angaben zur Einreise und Bürgerschaft (Eltern EGH K+J)  
*Angaben zur Einreise und Bürgerschaft*
- 1 **F03014063V0.1** Warum ist der Elternteil in Deutschland eingereist? (Eltern EGH K+J):  
Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Warum ist der Elternteil in Deutschland eingereist?*
- 1 **F03003655V1.0** Datum der Einreise (SGB XII): Datum  
*Datum der Einreise*
- 1 **F03014064V0.1** Wer hat den Elternteil eingeladen und für diesen gebürgt? (EGH K+J):  
Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Wer hat den Elternteil eingeladen und für diesen gebürgt?*
- 1 **F03003547V1.0** Familienstand (SGB XII): Text aus **Codeliste**: Familienstand (SGB XII)  
*Familienstand*
- 0:1 **F03010224V1.0** Ich lebe mit dem Kind in einem Haushalt: Wahrheitswert
- 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "55"}]
- 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "11"}]
- 0:1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength": "5", "pattern": "([0]{1}[1-9]{1}){1}[1-9]{1}[0-9]{1}[0-9]{3}", "maxLength": "5"}]
- 0:1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "50"}]
- 0:1 **F60000248V1.1** Anschrift Zusatzangaben: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "21"}]  
*Adresszusatz*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03002025V1.0** Ausgeübte Tätigkeit (SGB XII): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ausgeübte Tätigkeit*
- 1 **F03011476V0.2** Bezieht der benannte Elternteil Sozialleistungen?: Text aus **Codeliste**: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)

- 0:1 **F03011564V0.2** Bitte benennen Sie die Sozialleistung/en, die der benannte Elternteil bezieht: Text  
*Bitte benennen Sie die Sozialleistung/en, die der benannte Elternteil bezieht.*
- 0:20 **F03011477V0.2** Nachweis Sozialleistung Eltern (EGH): Anlage  
*Nachweis Sozialleistung Eltern*
- 1 **G03003987V2.0** Beantragte Leistungen (EGH K+J)  
*Beantragte Leistungen*
- 0:1 **F03007740V1.0** Einstiegsfrage Angabe zu Leistungsform EGH (statisch): Text  
*Welche Leistung möchten Sie beantragen? Wenn Sie bereits wissen, welche Leistung die hilfeschende Person beantragen möchte, können Sie diese hier auswählen. Sie können auch mehrere Leistungen auswählen. Diese Angabe ist nicht bindend. Sollte sich im späteren Gespräch mit der Sachbearbeiterin/dem Sachbearbeiter herausstellen, dass weiterer oder anderer Bedarf besteht, wird dieser ebenfalls berücksichtigt. Wenn Sie noch nicht sicher sind, welche Leistung/en die hilfeschende Person benötigt, wählen Sie „Ich möchte keine spezielle Leistungsform“ beantragen. Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter wird dann im persönlichen Gespräch gemeinsam mit Ihnen den Bedarf der hilfeschenden Person ermitteln.*
- 0:1 **F03014667V1.0** Hinweis Leistungen 1 (statisch): Text  
*Durch Auswahl einer Leistung erhalten Sie nähere Informationen zu der Leistung.*
- 0:1 **F03007735V1.1** Auswahl Leistungsform med. Reha (EGH): Wahrheitswert  
*Leistungen zur medizinischen Rehabilitation*
- 0:1 **F03014668V1.0** Hinweis Leistungen 2 (statisch): Text  
*Erläuterung: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dienen dazu, eine gesundheitliche Beeinträchtigung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Leistungen der medizinischen Rehabilitation umfassen unter anderem Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, sowie Hilfsmittel wie Rollatoren, Rollstühle oder Prothesen, Arznei- und Verbandsmittel oder auch Rehabilitationssport, Funktionstraining oder Psychotherapie. Diese Aufzählung ist nicht abschließend.*
- 0:1 **F03007736V1.0** Auswahl Leistungsform Teilhabe am Arbeitsleben (EGH): Wahrheitswert  
*Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*
- 0:1 **F03014669V1.0** Hinweis Leistungen 3 (statisch): Text  
*Erläuterung: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen alle Leistungen, die notwendig sind, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen unter anderem die Beanspruchung des Budgets für Arbeit oder die Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Anbieter. Diese Aufzählung ist nicht abschließend.*
- 0:1 **F03007737V1.0** Auswahl Teilhabe an Bildung (EGH): Wahrheitswert  
*Leistungen zur Teilhabe an Bildung*
- 0:1 **F03014670V1.0** Hinweis Leistungen 4 (statisch): Text  
*Erläuterung: Leistungen zur Teilhabe an Bildung umfassen insbesondere Hilfen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung sowie zur Weiterbildung. Zu diesen Leistungen gehört z.B. die behinderungsbedingte Ausstattung eines Laptops zu Lernzwecken,*

*der Einsatz eines Schulhelfers / einer Schulhelferin oder einer Schullassistentin oder einer Hochschulhilfe. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Die Erlernung eines Ausbildungsberufs fällt nicht in diese Kategorie, sondern ist eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.*

- 0:1 **F03007738V1.1** Auswahl Leistungen zur sozialen Teilhabe (EGH): Wahrheitswert  
*Leistungen zur sozialen Teilhabe (hierzu zählen auch heilpädagogische Leistungen)*
- 0:1 **F03014671V1.0** Hinweis Leistungen 5 (statisch): Text  
*Erläuterung: Die Leistungen der sozialen Teilhabe umfassen Leistungen, die eine Teilhabe am sozialen Leben in der Gesellschaft ermöglichen. Dazu gehören beispielsweise Leistungen zur Mobilität (z.B. Behindertenfahrdienste), Unterstützung bei der Haushaltsführung durch eine Assistentin, Hilfsmittel zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (z.B. barrierefreier PC), heilpädagogische Leistungen in Kindertagesstätten und Schulen oder auch der behindertengerechte Umbau eines Badezimmers. Diese Aufzählung ist nicht abschließend.*
- 0:1 **F03009299V1.0** keine Auswahl (EGH): Wahrheitswert  
*Ich möchte keine spezielle Leistungsform auswählen*
- 0:1 **F03009896V1.0** Auswahl Leistungsform persönliches Budget (EGH): Wahrheitswert  
*Ich habe Interesse daran, die beantragten Leistungen als persönliches Budget zu erhalten und möchte darüber aufgeklärt werden.*
- 0:1 **F03014678V1.0** Hinweis Leistungen 6 (statisch): Text  
*Erläuterung: Wenn Sie sich für das persönliche Budget entscheiden, wird die erforderliche Hilfe als Geldleistung direkt an Sie ausbezahlt. In diesem Fall müssten Sie die Hilfe selbst organisieren und können auch selbst bestimmen, wer diese Hilfe leisten soll. Nähere Auskünfte erhalten Sie von Ihrer zuständigen Behörde.*
- 0:1 **F03010215V1.1** Bitte schildern Sie die Situation der hilfeschuchenden Person: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Bitte schildern Sie die aktuelle Situation der hilfeschuchenden Person. Machen Sie Angaben dazu, wobei die hilfeschuchende Person Hilfe benötigt und welche Hilfen benötigt werden.*
- 1 **G03003085V2.0** Vorschulische/Schulische Situation (EGH)  
*Vorschulische/Schulische Situation*
- 0:1 **F03014680V1.0** Hinweis Schule (statisch): Text  
*Bitte machen Sie Angaben zu den Einrichtungen, die die hilfeschuchende Person bisher besucht hat.*
- 0:1 **F03010757V0.1** Frühförderung: Wahrheitswert
- 0:\* **G03004485V0.1** Angaben zur Frühförderung (EGH)  
*Angaben zur Frühförderung*
- 1 **F03010758V0.1** Name der Frühförderung: Text
- 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "55"}]
- 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "11"}]
- 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength": "5", "pattern": "([0]{1}[1-9]{1}){1}[1-9]{1}[0-9]{1}[0-9]{3}", "maxLength": "5"}]



- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 1 **F03010196V1.1** Anfang: Text[{"minLength":"","maxLength":""} Pattern=  
von
- 1 **F03010197V1.1** Ende: Text[{"minLength":"","maxLength":""} Pattern=  
bis
- 0:1 **F03010190V1.1** Krippe: Wahrheitswert
- 0:\* **G03003076V1.1** Angaben zur Krippe (EGH)  
*Angaben zur Krippe*
  - 1 **F03008433V1.0** Name der Krippe: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
  - 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
  - 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}([1-9]{1}[0-9]{1}){0-9}[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
  - 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
  - 1 **F03010196V1.1** Anfang: Text[{"minLength":"","maxLength":""} Pattern=  
von
  - 1 **F03010197V1.1** Ende: Text[{"minLength":"","maxLength":""} Pattern=  
bis
- 0:1 **F03010191V1.1** Kindergarten: Wahrheitswert
- 0:\* **G03003077V1.1** Angaben zum Kindergarten (EGH)  
*Angaben zum Kindergarten*
  - 1 **F03010198V1.0** Name des Kindergartens: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
  - 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
  - 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}([1-9]{1}[0-9]{1}){0-9}[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
  - 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
  - 1 **F03010196V1.1** Anfang: Text[{"minLength":"","maxLength":""} Pattern=  
von
  - 1 **F03010197V1.1** Ende: Text[{"minLength":"","maxLength":""} Pattern=  
bis
- 0:1 **F03010192V1.1** Hort: Wahrheitswert
- 0:\* **G03003086V1.1** Angaben zum Hort (EGH)  
*Angaben zum Hort*

- 1 **F03008454V1.0** Name des Horts : Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Name des Horts*
- 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
- 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
- 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}[1-9]{1}[0-9]{1}){1}[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 1 **F03010196V1.1** Anfang: Text[{"minLength":"","maxLength":""} Pattern=  
*von*
- 1 **F03010197V1.1** Ende: Text[{"minLength":"","maxLength":""} Pattern=  
*bis*
- 0:1 **F03010193V1.1** Schule: Wahrheitswert
- 0:\* **G03003087V1.1** Angaben zur Schule (EGH)  
*Angaben zur Schule*
  - 1 **F03008435V1.0** Name der Schule: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
  - 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
  - 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}[1-9]{1}[0-9]{1}){1}[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
  - 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
  - 1 **F03010196V1.1** Anfang: Text[{"minLength":"","maxLength":""} Pattern=  
*von*
  - 1 **F03010197V1.1** Ende: Text[{"minLength":"","maxLength":""} Pattern=  
*bis*
- 0:1 **G03002891V1.1** Angaben zum Schulabschluss (SGB IX)  
*Angaben zum Schulabschluss*
  - 0:1 **F03008079V1.0** Angestrebter Schulabschluss: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 0:1 **F03008080V1.0** Voraussichtliches Abschlussdatum (EGH): Datum  
*Voraussichtliches Abschlussdatum*
- 0:1 **F03010194V1.1** Ausbildung: Wahrheitswert
- 0:\* **G03003088V1.1** Angaben zur Ausbildungsstelle (EGH)  
*Angaben zur Ausbildungsstelle*
  - 1 **F03008436V1.0** Name der Ausbildungsstelle: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]

- 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
- 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}([1-9]{1}[0-9]{1}){0-9}[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 1 **F03010196V1.1** Anfang: Text[{"minLength":"","maxLength":""} Pattern=  
von
- 1 **F03010197V1.1** Ende: Text[{"minLength":"","maxLength":""} Pattern=  
bis
- 0:1 **F03010195V1.0** Sonstiges: Wahrheitswert
- 0:\* **G03003089V1.1** Angaben zur sonstigen Einrichtung (EGH)  
*Angaben zur sonstigen Einrichtung*
  - 1 **F03008437V1.0** Name der Einrichtung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Name der sonstigen Einrichtung*
- 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
- 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
- 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}([1-9]{1}[0-9]{1}){0-9}[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 1 **F03010196V1.1** Anfang: Text[{"minLength":"","maxLength":""} Pattern=  
von
- 1 **F03010197V1.1** Ende: Text[{"minLength":"","maxLength":""} Pattern=  
bis
- 0:1 **F03013966V0.1** Es wurde bisher keine Einrichtung besucht (EGH K+J): Wahrheitswert  
*Es wurde bisher keine Einrichtung besucht*
- 1 **G03004339V1.0** Kranken- und Pflegeversicherung (EGH K+J)  
*Kranken- und Pflegeversicherung*
  - 1 **F03010525V0.1** Wie ist die hilfeschende Person krankenversichert? (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Art Krankenversicherung  
*Wie ist die hilfeschende Person krankenversichert?*
- 0:1 **G03004133V3.0** Angaben zur gesetzlichen Krankenversicherung
  - 1 **F03007821V1.0** Gesetzlich versichert: Text aus **Codeliste**: Gesetzlich versichert
- 0:1 **F03007824V1.0** Name der Krankenkasse: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03007822V1.0** Monatlicher Beitrag (in Euro): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]
- 0:1 **F03007825V1.0** Krankenversicherungsnummer: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:20 **F03002088V1.1** Kopie Mitgliedsbescheinigung / Kopie Gesundheitskarte: Anlage

- 0:1 **G03004341V1.0** Angaben zur privaten Krankenversicherung (EGH K+J)  
*Angaben zur privaten Krankenversicherung*
- 1 **F03007824V1.0** Name der Krankenkasse: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03001761V1.0** Monatlicher Beitrag Krankenversicherung (in Euro): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]
- 0:1 **F03008918V1.0** Monatlicher Beitrag Pflegeversicherung (in Euro): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]
- 1 **F03007825V1.0** Krankenversicherungsnummer: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 1:20 **F03002088V1.1** Kopie Mitgliedsbescheinigung / Kopie Gesundheitskarte: Anlage
- 1 **F03010526V0.2** Ist die hilfeschende Person beihilfeberechtigt/heilfürsorgeberechtigt? (EGH K+J): Text aus **Codeliste:**  
Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Ist die hilfeschende Person beihilfeberechtigt/heilfürsorgeberechtigt?*
- 0:1 **F03010273V1.0** Name der Beihilfestelle: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03000021V1.3** Geschäftszeichen: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 1 **F03010527V0.2** Wurde bei der hilfeschenden Person bereits ein Pflegegrad festgestellt?: Text aus **Codeliste:**  
Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)
- 0:1 **F03010528V1.0** Welchen Pflegegrad besitzt die hilfeschende Person? (EGH K+J): Text aus **Codeliste:** Pflegegrad  
*Welchen Pflegegrad besitzt die hilfeschende Person?*
- 0:1 **F03010529V0.2** Hat die hilfeschende Person einen Antrag auf Höherstufung gestellt? (EGH K+J): Text aus **Codeliste:**  
HöherstufungPflegegrad(HzP)  
*Hat die hilfeschende Person einen Antrag auf Höherstufung gestellt?*
- 0:1 **F03009934V1.0** Datum Antragstellung Höherstufung (EGH): Datum  
*Datum des Antrags auf Höherstufung*
- 0:1 **F03009933V1.0** Aktenzeichen Höherstufung (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen Höherstufung*
- 0:20 **F03003575V1.0** Nachweis Pflegegutachten: Anlage
- 0:20 **F03009031V1.0** Nachweis Antrag Höherstufung: Anlage
- 0:20 **F03009032V1.0** Nachweis Ablehnung Höherstufung: Anlage
- 0:1 **F03010530V0.1** Hat die hilfeschende Person einen Pflegegrad beantragt? (EGH K+J): Text aus **Codeliste:** Pflegegrad neu  
*Hat die hilfeschende Person einen Pflegegrad beantragt?*
- 0:1 **F03009931V1.0** Datum Antragstellung Pflegegrad (EGH): Datum  
*Datum des Antrags auf Pflegegrad*
- 0:1 **F03009932V1.0** Aktenzeichen Pflegegrad (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*

0:20 **F03009033V1.0** Nachweis Antrag Pflegegrad: Anlage

0:20 **F03009034V1.0** Nachweis Ablehnungsbescheid Pflegeversicherung: Anlage

1 **G03003020V2.0** Gesundheitszustand (EGH K+J)

*Gesundheitszustand*

1 **F03010531V1.1** Wurde bei der hilfesuchenden Person ein Grad der Behinderung festgestellt?: Text aus **Codeliste:**  
Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)

0:1 **F03010532V1.0** Grad der Behinderung (EGH K+J): Text aus **Codeliste:** GradBehinderung  
*Welchen Grad der Behinderung besitzt die hilfesuchende Person?*

0:1 **F03010533V1.0** Ist die HP im Besitz eines Schwerbehindertenausweises? (EGH K+J): Text aus **Codeliste:** Angabe  
Schwerbehindertenausweis  
*Ist die hilfesuchende Person im Besitz eines Schwerbehindertenausweises?*

0:1 **F03010536V1.0** Abrage zuerkannte Merkzeichen (EGH K+J): Wahrheitswert  
*Wurden der hilfesuchenden Person Merkzeichen zuerkannt?*

0:1 **G03002999V1.1** Zuerkanntes Merkzeichen  
*Zuerkannte Merkzeichen*

0:1 **F03008372V0.1** Zuerkannte Merkzeichen EGH (statisch): Text  
*Bitte wählen Sie das/die zuerkannten Merkzeichen aus:*

0:1 **F03000263V1.0** Merkzeichen G - erhebliche Gehbehinderung: Wahrheitswert

0:1 **F03000264V1.0** Merkzeichen aG - außergewöhnliche Gehbehinderung: Wahrheitswert

0:1 **F03000265V1.0** Merkzeichen H - Hilflosigkeit: Wahrheitswert

0:1 **F03000266V1.0** Merkzeichen RF - Ermäßigung des Rundfunkbeitrags: Wahrheitswert

0:1 **F03000267V1.0** Merkzeichen B - Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson: Wahrheitswert

0:1 **F03000268V1.0** Merkzeichen BI - Blindheit: Wahrheitswert

0:1 **F03000269V1.0** Merkzeichen GI - Gehörlosigkeit: Wahrheitswert

0:1 **F03000270V1.0** Merkzeichen TBI - Taubblindheit: Wahrheitswert

0:1 **F03009302V1.0** Merkzeichen VB - Versorgungsberechtigt: Wahrheitswert

0:1 **F03009301V1.0** Merkzeichen EB - Entschädigungsberechtigt: Wahrheitswert  
*Merkzeichen EB - Entschädigungsberechtigt*

0:1 **F03009902V1.0** Merkzeichen 1. KI (EGH): Wahrheitswert  
*Merkzeichen 1 KI - 1. Klasse*

0:1 **F03009574V1.0** Datum Antragstellung SBA (EGH): Datum  
*Datum Antragstellung*

- 0:20 **F03001897V1.0** Nachweis Schwerbehindertenausweis (SGB XII): Anlage  
*Nachweis Schwerbehindertenausweis*
- 0:1 **F03010535V1.1** Abfrage Antragstellung Gleichstellung (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Gleichstellung  
*Hat die hilfesuchende Person einen Antrag auf Gleichstellung bei der Agentur für Arbeit gestellt?*
- 0:1 **F03009901V1.0** Datum Antragstellung Gleichstellung (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:20 **F03010116V1.0** Nachweis Antrag auf Gleichstellung (EGH): Anlage  
*Nachweis Antrag auf Gleichstellung*
- 0:20 **F03010115V1.0** Nachweis Bescheid über Gleichstellung (EGH): Anlage  
*Nachweis Bescheid über Gleichstellung*
- 0:20 **F03013980V0.1** Nachweis aktueller Feststellungsbescheid (EGH K+J): Anlage  
*Nachweis aktueller Feststellungsbescheid*
- 0:\* **F03014197V0.1** Ursache der Behinderung (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Ursache Behinderung (EGH)  
*Bitte geben Sie die Ursache für die Behinderung der hilfesuchenden Person an.*
- 0:1 **F03010067V1.0** Sonstige Gründe (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Sonstige Gründe*
- 0:1 **F03009568V1.0** Ansprüche gegenüber Dritten (EGH): Wahrheitswert  
*Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten (z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung)?*
- 0:5 **G03004342V2.0** Angabe zu Schadensansprüchen (EGH K+J)  
*Angabe zu Schadensersatzansprüchen*
- 0:1 **F03009570V0.1** gegen (statisch): Text  
*gegen*
- 1 **F03010168V1.1** Name: Text[{"maxLength":"255"}]
- 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
- 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
- 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1})[1-9]{1}[0-9]{1}[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 1:20 **F03009572V1.0** Nachweis Schadensanspruch (EGH): Anlage  
*Nachweis Schadensersatzanspruch*
- 1 **F03010539V2.0** Hat die hilfesuchende Person diese Schadensersatzansprüche geltend gemacht?: Wahrheitswert

- 0:1 **F03009569V1.1** monatliche Höhe Schadensanspruch (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*in Höhe von monatlich (in Euro)*
- 0:20 **F03009576V1.0** Nachweis zur Geltendmachung (EGH): Anlage  
*Nachweis zur Geltendmachung eines Anspruchs*
- 1 **F03008352V1.0** Abfrage ärztliche Behandlung (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Keine Angabe/Ja/Nein/Nicht bekannt  
*Befindet sich die hilfesuchende Person in ärztlicher oder fachärztlicher Behandlung?*
- 0:\* **G03003022V2.0** Angaben zur Ärztin / zum Arzt (EGH)  
*Angaben zur Ärztin / zum Arzt*
  - 0:1 **F03000650V1.0** Titel: Text[{"minLength":"1","maxLength":"119"}]  
*Akademischer Grad/Titel*
    - 1 **F03010169V1.1** Name der Ärztin / des Arztes (EGH): Text[{"maxLength":"255"}]  
*Name der Ärztin / des Arztes*
  - 0:1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength":"1","maxLength":"80"}]
  - 0:1 **F03000360V1.0** Fachrichtung: Text aus **Codeliste**: Fachrichtung
  - 0:1 **F03010365V1.0** Sonstige Fachrichtung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
  - 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
  - 0:1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}([0-9]{1}){0-3}","maxLength":"5"}]
    - 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
    - 1 **F03010339V1.0** Grund der Behandlung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
    - 1 **F03008353V1.1** Angabe über ärztliche Gutachten (EGH): Text aus **Codeliste**: ärztliche Gutachten  
*Liegen ärztliche Gutachten, Befundberichte, Stellungnahmen o.ä. vor?*
- 0:20 **F03010114V1.0** Nachweis ärztliche Gutachten (EGH): Anlage  
*Nachweis ärztliche Gutachten, Befundberichte oder Stellungnahmen*
- 1 **F03008354V1.0** Behandlung in einer Klinik? (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Keine Angabe/Ja/Nein/Nicht bekannt  
*Wurde die hilfesuchende Person innerhalb der letzten 12 Monate im Krankenhaus behandelt oder wird die hilfesuchende Person aktuell im Krankenhaus behandelt?*
- 0:\* **G03003026V1.2** Angaben zum Krankenhaus  
*Angaben zu Behandlungen im Krankenhaus*
  - 1 **F03000358V2.0** Name des Krankenhauses: Text[{"minLength":"0","maxLength":"80"}]
  - 1 **G03004227V1.0** Anschrift
    - 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]

- 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
- 0:1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}[1-9]{1}[0-9]{1}[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 0:1 **F03010170V1.1** Name behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt: Text[{"maxLength":"120"}]
- 0:1 **F03000356V1.0** Station : Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Station*
- 1 **F03010339V1.0** Grund der Behandlung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 1 **F03008353V1.1** Angabe über ärztliche Gutachten (EGH): Text aus **Codeliste**: ärztliche Gutachten  
*Liegen ärztliche Gutachten, Befundberichte, Stellungnahmen o.ä. vor?*
- 0:20 **F03010114V1.0** Nachweis ärztliche Gutachten (EGH): Anlage  
*Nachweis ärztliche Gutachten, Befundberichte oder Stellungnahmen*
- 1 **F03010540V1.0** Abfrage Rehaklinik (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Keine Angabe/Ja/Nein/Nicht bekannt  
*Wurde die hilfesuchende Person innerhalb der letzten 12 Monate in einer Rehaklinik/Kurklinik behandelt oder wird die hilfesuchende Person aktuell in einer Rehaklinik/Kurklinik behandelt?*
- 0:\* **G03004198V1.2** Angaben zu Behandlungen in einer Rehaklinik/Kurklinik
  - 1 **F03010328V1.0** Name der Rehaklinik/Kurklinik: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 1 **G03004227V1.0** Anschrift
    - 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
    - 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
    - 0:1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}[1-9]{1}[0-9]{1}[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
    - 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
  - 0:1 **F03010170V1.1** Name behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt: Text[{"maxLength":"120"}]
  - 0:1 **F03000356V1.0** Station : Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Station*
  - 1 **F03010339V1.0** Grund der Behandlung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 1 **F03008353V1.1** Angabe über ärztliche Gutachten (EGH): Text aus **Codeliste**: ärztliche Gutachten  
*Liegen ärztliche Gutachten, Befundberichte, Stellungnahmen o.ä. vor?*
  - 0:20 **F03010114V1.0** Nachweis ärztliche Gutachten (EGH): Anlage  
*Nachweis ärztliche Gutachten, Befundberichte oder Stellungnahmen*
- 1 **G03002922V2.0** Weitere Unterstützungen (EGH K+J)  
*Weitere Unterstützungen*



- 0:1 **F03014681V1.0** Hinweis Unterstützungen 1 (statisch): Text  
*Für die Bearbeitung des Antrags auf Eingliederungshilfe ist es erforderlich, ein umfassendes Bild über die Situation der hilfeschenden Person zu erlangen. Im Laufe des Antragsverfahrens wird durch die Behörde eine Ermittlung des persönlichen Bedarfs vorgenommen. Für eine erste Einschätzung Ihres Antrages ist es jedoch hilfreich, wenn Sie schon jetzt Angaben dazu machen können, welche Sachleistungen zur Unterstützung der hilfeschenden Person in Anspruch genommen wurden oder werden. Gemeint sind unterstützende Maßnahmen durch Privatpersonen, Einrichtungen oder Behörden, wie z.B. Förderung im (vor-)schulischen Bereich, pflegerische Betreuungsmaßnahmen oder Leistungen des Jugendamtes. Durch die Auswahl "Ja" erhalten Sie bei den folgenden Fragen jeweils eine Auflistung verschiedener Leistungen. Sofern Ihre Leistung nicht enthalten ist, können Sie diese unter "Sonstige Hilfen/Unterstützung" eintragen.*
- 0:1 **F03014683V1.0** Hinweis Unterstützungen 2 (statisch): Text  
*Finanzielle Unterstützungsleistungen (z.B. Sozialleistungen) können Sie unter "Finanzielle Situation der hilfeschenden Person" angeben.*
- 1 **F03010217V1.2** Früherer Leistungsbezug (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Keine Angabe/Ja/Nein/Nicht bekannt  
*Wurden früher Unterstützungen für die hilfeschende Person in Anspruch genommen?*
- 0:\* **F03010218V1.1** Auswahl der früheren Unterstützungen (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: FrühereLeistungen(EGH K+J)  
*Auswahl der früheren Unterstützungen*
- 0:5 **G03003988V1.2** Frühere Heilpädagogische Unterstützung/Förderung vorschulischer Bereich
- 1 **F03011343V0.1** Art der damaligen Förderung: Text  
*Art der damaligen Förderung (z.B. Frühförderung, heilpädagogischer Kindergarten, integrative Kindergartenbetreuung)*
- 1 **F03011322V0.1** Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Behörde) EGH: Text  
*Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Behörde)*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
- 1:20 **F03011420V0.1** Nachweis frühere Förderung vorschulischer Bereich: Anlage
- 0:5 **G03003989V1.2** Frühere bezogene Unterstützung/Förderung schulischer Bereich
- 1 **F03011321V0.1** Art der Förderung (z.B. Schulassistenz nach SGB IX bzw. Schulbegleitung): Text
- 1 **F03011322V0.1** Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Behörde) EGH: Text  
*Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Behörde)*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*

- 1:20 **F03011421V0.1** Nachweis frühere Förderung schulischer Bereich: Anlage
- 0:5 **G03003990V1.1** Frühere therapeutische Unterstützung  
*Frühere therapeutische Unterstützung (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Krankengymnastik, Orthopädie u.s.w.)*
- 1 **F03011345V0.1** Art der früheren therapeutischen Unterstützung (EGH): Text  
*Art der früheren therapeutischen Unterstützung*
- 1 **F03011344V0.1** Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Versicherung) EGH: Text  
*Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Versicherung)*
- 0:1 **F03011346V0.1** Versicherungsnummer/Geschäftszeichen (EGH): Text  
*Versicherungsnummer/Geschäftszeichen*
- 0:1 **F03011347V0.1** Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis): Text
- 1:20 **F03011422V0.1** Nachweis frühere therapeutische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03003991V1.1** Frühere psychologische Unterstützung (z.B. Psychiatrie, Psychotherapie)
- 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
- 0:1 **F03011346V0.1** Versicherungsnummer/Geschäftszeichen (EGH): Text  
*Versicherungsnummer/Geschäftszeichen*
- 0:1 **F03011347V0.1** Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis): Text
- 1:20 **F03011423V0.1** Nachweis frühere psychologische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03003992V1.1** Frühere soziale Unterstützung (z.B. Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)
- 1 **F03011349V0.1** Welche Hilfestellung erhielt die hilfeschende Person?: Text
- 0:1 **F03011350V0.1** Name der unterstützenden Person (EGH): Text[{"minLength":"1","maxLength":"255"}]  
*Name der unterstützenden Person*
- 0:1 **F03011351V0.1** Beziehung hilfeschende Person (EGH): Text  
*In welcher Beziehung stand die hilfeschende Person zu der genannten Person (z.B. Familienmitglied, Freund/in, Nachbar/in, Ehrenamtliche/r)*
- 0:1 **F03011352V0.1** Zeitraum, in dem die Unterstützung geleistet wurde (von - bis): Text
- 0:5 **G03003993V1.1** Sozialraum (z.B. Vereine, Selbsthilfegruppe)
- 1 **F03011349V0.1** Welche Hilfestellung erhielt die hilfeschende Person?: Text
- 1 **F03010768V0.1** Name der Einrichtung: Text[{"minLength":"","maxLength":""}]
- 0:1 **F03011352V0.1** Zeitraum, in dem die Unterstützung geleistet wurde (von - bis): Text
- 0:5 **G03003994V1.2** Unterstützung durch Beratung  
*Unterstützung durch Beratung (z.B. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, Suchtberatung, Schuldnerberatung)*

- 1 **F03011353V0.1** Art der Behandlung (EGH): Text  
*Welche Art der Beratung hat die hilfeschende Person in Anspruch genommen (z.B. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, Suchtberatung, Schuldnerberatung, Sozialberatung)?*
- 1 **F03009553V1.1** Name der Beratungsstelle (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Name der Beratungsstelle*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03011354V0.1** Zeitraum, in dem die Beratungsleistung in Anspruch genommen wurde (von - bis): Text
- 1:20 **F03011445V0.1** Nachweis frühere Beratungsunterstützung: Anlage
- 0:5 **G03003995V1.2** Früher bezogene Leistungen zur Eingliederung nach dem SGB II, SGB III  
*Früher bezogene Leistungen zur Eingliederung nach dem SGB II, SGB III (z.B. berufliche Weiterbildungsmaßnahmen)*
  - 1 **F03011355V0.1** Art der Weiterbildung (EGH): Text  
*Welche Art der Leistung hat die hilfeschende Person erhalten (z.B. Weiterbildungsmaßnahme)?*
  - 1 **F03011322V0.1** Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Behörde) EGH: Text  
*Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Behörde)*
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03011347V0.1** Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis): Text
  - 1:20 **F03011424V0.1** Nachweis früherer Leistungsbezug zur Eingliederung: Anlage
- 0:5 **G03003996V1.2** Frühere Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung (EGH)  
*Frühere Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung (z.B. pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfe bei der Haushaltsführung, Behandlungspflege)*
  - 1 **F03011356V0.1** Leistung Kranken-/Pflegeversicherung (EGH): Text  
*Welche Leistung der Kranken-/Pflegeversicherung hat die hilfeschende Person früher bezogen?*
  - 1 **F03011344V0.1** Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Versicherung) EGH: Text  
*Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Versicherung)*
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
  - 1:20 **F03011425V0.1** Nachweis früherer Leistungsbezug Kranken-/Pflegeversicherung: Anlage
- 0:5 **G03003997V1.2** Frühere Leistungen der Rentenversicherung  
*Frühere Leistungen der Rentenversicherung (z.B. medizinische Leistungen zu Kinderrehabilitation)*

- 1 **F03011358V0.1** Leistung Rentenversicherung (EGH): Text  
*Welche Leistung der Rentenversicherung hat die hilfeschende Person früher bezogen?*
- 1 **F03011360V0.1** Name der Rentenversicherung (EGH): Text  
*Name der Rentenversicherung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
- 1:20 **F03011438V0.1** Nachweis frühere Leistungsbezug Rentenversicherung: Anlage
- 0:5 **G03004346V1.2** Frühere Leistungen der Unfallversicherung
  - 1 **F03011361V0.1** Leistung Unfallversicherung (EGH): Text  
*Welche Leistung der Unfallversicherung hat die hilfeschende Person früher bezogen?*
  - 1 **F03011362V0.1** Name der Unfallversicherung (EGH): Text  
*Name der Unfallversicherung*
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
  - 1:20 **F03011439V0.1** Nachweis frühere Leistungsbezug Unfallversicherung: Anlage
- 0:5 **G03004004V1.2** Frühere Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt)
  - 1 **F03011364V0.1** Leistung Kinder- und Jugendhilfe (EGH): Text  
*Welche Leistung der Kinder- und Jugendhilfe hat die hilfeschende Person früher bezogen?*
  - 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
  - 1:20 **F03011440V0.1** Nachweis früherer Leistungsbezug Kinder- und Jugendhilfe: Anlage
- 0:5 **G03004005V1.2** Frühere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
  - 1 **F03011366V0.1** Leistung Teilhabe am Arbeitsleben (EGH): Text  
*Welche Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben hat die hilfeschende Person früher bezogen?*
  - 1 **F03011367V0.1** Name des Leistungsträgers (EGH): Text  
*Name des Leistungsträgers (z.B. Integrationsfachdienst/Integrationsamt, Agentur für Arbeit)*

- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
- 1:20 **F03011441V0.1** Nachweis früherer Leistungsbezug Teilhabe am Arbeitsleben: Anlage
- 0:5 **G03006084V0.1** Frühere Sozialpädiatrisches Zentrum  
*Frühere Unterstützung durch das Sozialpädiatrische Zentrum*
  - 1 **F03011345V0.1** Art der früheren therapeutischen Unterstützung (EGH): Text  
*Art der früheren therapeutischen Unterstützung*
  - 1 **F03011344V0.1** Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Versicherung) EGH: Text  
*Name des damaligen Leistungsträgers (z.B. Versicherung)*
- 0:1 **F03011346V0.1** Versicherungsnummer/Geschäftszeichen (EGH): Text  
*Versicherungsnummer/Geschäftszeichen*
- 0:1 **F03011347V0.1** Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis): Text
- 1:20 **F03011422V0.1** Nachweis frühere therapeutische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004006V1.2** Frühere Unterstützung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst
  - 1 **F03001197V1.0** Name der Behörde (SGB XII): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Name der Behörde*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
- 1:20 **F03011442V0.1** Nachweis frühere Unterstützung Sozialpsychiatrischer Dienst: Anlage
- 0:5 **G03004007V1.2** Sonstige frühere Sozialleistungen (EGH)  
*Sonstige frühere Sozialleistungen (z.B. Hilfe zur Pflege, Mobilitätshilfe)*
  - 1 **F03011368V0.1** Art der Sozialleistung (EGH): Text  
*Welche sonstige Art der Sozialleistung hat die hilfesuchende Person in der Vergangenheit erhalten?*
  - 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
- 1:20 **F03011443V0.1** Nachweis sonstige frühere Sozialleistungen: Anlage

- 0:5 **G03004008V2.0** Sonstige frühere Hilfen/Unterstützung (EGH)  
*Sonstige frühere Hilfen/Unterstützung*
- 1 **F03011369V0.1** Art der Unterstützung (EGH): Text  
*Welche sonstige Art der Unterstützung hat die hilfeschende Person früher erhalten?*
  - 1 **F03011370V0.1** Name der unterstützenden Person / Einrichtung / Behörde: Text[{"maxLength": "255"}]
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009476V1.1** Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis) EGH: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Zeitpunkt/Zeitraum des Leistungsbezugs (von - bis)*
  - 1:20 **F03011444V0.1** Nachweis sonstige frühere Hilfen/Unterstützung: Anlage
  - 1 **F03010219V1.2** Aktuelle Unterstützungen (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Keine Angabe/Ja/Nein/Nicht bekannt  
*Werden aktuell Unterstützungen für die hilfeschende Person in Anspruch genommen?*
  - 0:\* **F03010220V1.1** Auswahl der aktuellen Unterstützungen (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: FrühereLeistungen(EGH K+J)  
*Auswahl der aktuellen Unterstützungen*
  - 0:5 **G03004014V1.2** Heilpädagogische Unterstützung/Förderung vorschulischer Bereich
    - 1 **F03011381V0.1** Art der Förderung (EGH): Text  
*Art der Förderung (z.B. Frühförderung, heilpädagogischer Kindergarten, integrative Kindergartenbetreuung)*
    - 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text
    - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
    - 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*
    - 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
    - 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*
    - 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*
    - 0:1 **F03009909V1.1** Leistungserbringer (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Leistungserbringer*
    - 0:1 **F03011383V0.1** Seit wann wird die Leistung erbracht? (EGH): Text  
*Seit wann wird die Leistung erbracht?*

- 0:1 **F03009475V1.1** Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich) (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich)*
- 1:20 **F03011357V0.1** Nachweis Förderung vorschulischer Bereich: Anlage
- 0:5 **G03004015V1.2** Unterstützung/Förderung schulischer Bereich
- 1 **F03011321V0.1** Art der Förderung (z.B. Schulassistenz nach SGB IX bzw. Schulbegleitung): Text
- 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03009909V1.1** Leistungserbringer (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Leistungserbringer*
- 0:1 **F03011383V0.1** Seit wann wird die Leistung erbracht? (EGH): Text  
*Seit wann wird die Leistung erbracht?*
- 0:1 **F03009475V1.1** Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich) (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich)*
- 1:20 **F03011359V0.1** Nachweis Förderung schulischer Bereich: Anlage
- 0:5 **G03004016V1.1** Therapeutische Unterstützung  
*Therapeutische Unterstützung (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Krankengymnastik, Orthopädie u.s.w.)*
- 1 **F03011386V0.1** Art der therapeutischen Unterstützung (EGH): Text  
*Art der therapeutischen Unterstützung*
- 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
- 0:1 **F03011387V0.1** Versicherungsnummer/Aktenzeichen (EGH): Text  
*Versicherungsnummer/Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ansprechpartner*

- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03011384V0.1** Name der behandelnden Praxis (EGH): Text  
*Name der behandelnden Praxis*
- 0:1 **F03011385V0.1** Seit wann wird die hilfeschende Person behandelt? (EGH): Text  
*Seit wann wird die hilfeschende Person behandelt?*
- 0:1 **F03009475V1.1** Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich) (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich)*
- 1:20 **F03011363V0.1** Nachweis therapeutische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004017V1.1** Psychologische Unterstützung  
*Psychologische Unterstützung (z.B. Psychiatrie, Psychotherapie)*
- 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
- 0:1 **F03010465V0.1** Versicherungsnummer: Text
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03011384V0.1** Name der behandelnden Praxis (EGH): Text  
*Name der behandelnden Praxis*
- 0:1 **F03011385V0.1** Seit wann wird die hilfeschende Person behandelt? (EGH): Text  
*Seit wann wird die hilfeschende Person behandelt?*
- 0:1 **F03009475V1.1** Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich) (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich)*



- 1:20 **F03011371V0.1** Nachweis psychologische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004018V1.1** Soziale Unterstützung  
*Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)*
- 1 **F03011388V0.1** Welche Hilfestellung erhält die hilfeschende Person? (EGH): Text  
*Welche Hilfestellung erhält die hilfeschende Person?*
- 0:1 **F03011350V0.1** Name der unterstützenden Person (EGH): Text[{"minLength": "1", "maxLength": "255"}]  
*Name der unterstützenden Person*
- 0:1 **F03011389V0.1** Beziehung hilfeschende Person aktuell (EGH): Text  
*In welcher Beziehung steht die hilfeschende Person zu der genannten Person (z.B. Familienmitglied, Freund/in, Nachbar/in, Ehrenamtliche/r)*
- 0:1 **F03011390V0.1** Zeitlicher Umfang der Unterstützung (z.B. 2x wöchentlich) EGH: Text  
*Zeitlicher Umfang der Unterstützung (z.B. 2x wöchentlich)*
- 0:5 **G03004019V1.1** Sozialraum (z.B. Vereine, Selbsthilfegruppe)
- 1 **F03011388V0.1** Welche Hilfestellung erhält die hilfeschende Person? (EGH): Text  
*Welche Hilfestellung erhält die hilfeschende Person?*
- 1 **F03010768V0.1** Name der Einrichtung: Text[{"minLength": "", "maxLength": ""}]
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:5 **G03004020V1.2** Unterstützung durch Beratung  
*Unterstützung durch Beratung (z.B. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, Suchtberatung, Schuldnerberatung)*
- 1 **F03011391V0.1** Art der Beratung aktuell (EGH): Text  
*Welche Art der Beratung nimmt die hilfeschende Person in Anspruch (z.B. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, Suchtberatung, Schuldnerberatung, Sozialberatung)?*
- 1 **F03009553V1.1** Name der Beratungsstelle (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Name der Beratungsstelle*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*

- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03011392V0.1** Seit wann erhält die hilfeschende Person die Beratungsleistung? (EGH): Text  
*Seit wann erhält die hilfeschende Person die Beratungsleistung?*
- 0:1 **F03009475V1.1** Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich) (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich)*
- 1:20 **F03011372V0.1** Nachweis Beratungsleistung: Anlage
- 0:5 **G03004021V1.2** Leistungen zur Eingliederung nach dem SGB II/SGB III  
*Leistungen zur Eingliederung nach dem SGB II/SGB III (z.B. berufliche Weiterbildungsmaßnahmen)*
- 1 **F03011393V0.1** Art der Leistung aktuell (EGH): Text  
*Welche Art der Leistung erhält die hilfeschende Person (z.B. Weiterbildungsmaßnahme)?*
- 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03011394V0.1** Leistungsdauer (EGH): Text  
*Leistungsdauer*
- 0:1 **F03011397V0.1** Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich) (EGH): Text  
*Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich)*

1:20 **F03011373V0.1** Nachweis Leistungsbezug zur Eingliederung: Anlage

0:5 **G03004022V1.2** Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung

*Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung (z.B. pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Haushaltshilfe, Behandlungspflege)*

1 **F03011395V0.1** Leistung Kranken-/Pflegeversicherung aktuell (EGH): Text  
*Welche Leistung der Kranken-/Pflegeversicherung bezieht die hilfesuchende Person aktuell?*

0:1 **F03011396V0.1** Name der Kranken-/Pflegeversicherung (EGH): Text  
*Name der Kranken-/Pflegeversicherung*

0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*

0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*

0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*

0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*

0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*

0:1 **F03009909V1.1** Leistungserbringer (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Leistungserbringer*

0:1 **F03011394V0.1** Leistungsdauer (EGH): Text  
*Leistungsdauer*

0:1 **F03011397V0.1** Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich) (EGH): Text  
*Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich)*

1:20 **F03011374V0.1** Nachweis Leistungsbezug Kranken-/Pflegeversicherung: Anlage

0:5 **G03004763V0.2** Leistungen der Rentenversicherung

*Leistungen der Rentenversicherung (z.B. medizinische Leistungen zu Kinderrehabilitation)*

1 **F03011417V0.1** Leistung Rentenversicherung aktuell (EGH): Text  
*Welche Leistung der Rentenversicherung bezieht die hilfesuchende Person aktuell?*

1 **F03011360V0.1** Name der Rentenversicherung (EGH): Text  
*Name der Rentenversicherung*

0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*

- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03009909V1.1** Leistungserbringer (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Leistungserbringer*
- 0:1 **F03011394V0.1** Leistungsdauer (EGH): Text  
*Leistungsdauer*
- 0:1 **F03011397V0.1** Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich) (EGH): Text  
*Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich)*
- 1:20 **F03011375V0.1** Nachweis Leistungsbezug Rentenversicherung: Anlage
- 0:5 **G03004764V0.2** Leistungen der Unfallversicherung
  - 1 **F03011418V0.1** Leistung Unfallversicherung aktuell (EGH): Text  
*Welche Leistung der Unfallversicherung bezieht die hilfeschende Person aktuell?*
  - 1 **F03011362V0.1** Name der Unfallversicherung (EGH): Text  
*Name der Unfallversicherung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03009909V1.1** Leistungserbringer (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Leistungserbringer*

- 0:1 **F03011394V0.1** Leistungsdauer (EGH): Text  
*Leistungsdauer*
- 0:1 **F03011397V0.1** Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich) (EGH): Text  
*Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich)*
- 1:20 **F03011376V0.1** Nachweis Leistungsbezug Unfallversicherung: Anlage
- 0:5 **G03004765V0.2** Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt)  
*Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt)*
  - 1 **F03011419V0.1** Leistung Kinder- und Jugendhilfe aktuell (EGH): Text  
*Welche Leistung der Kinder- und Jugendhilfe bezieht die hilfesuchende Person aktuell?*
  - 1 **F03001197V1.0** Name der Behörde (SGB XII): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Name der Behörde*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03009909V1.1** Leistungserbringer (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Leistungserbringer*
- 0:1 **F03011394V0.1** Leistungsdauer (EGH): Text  
*Leistungsdauer*
- 0:1 **F03011397V0.1** Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich) (EGH): Text  
*Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich)*
- 1:20 **F03011377V0.1** Nachweis Leistungsbezug Kinder- und Jugendhilfe: Anlage
- 0:5 **G03004023V1.2** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
  - 1 **F03011412V0.1** Leistung Teilhabe am Arbeitsleben aktuell (EGH): Text  
*Welche Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben bezieht die hilfesuchende Person aktuell?*
  - 1 **F03011367V0.1** Name des Leistungsträgers (EGH): Text

- Name des Leistungsträgers (z.B. Integrationsfachdienst/Integrationsamt, Agentur für Arbeit)*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03009909V1.1** Leistungserbringer (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Leistungserbringer*
- 0:1 **F03011394V0.1** Leistungsdauer (EGH): Text  
*Leistungsdauer*
- 0:1 **F03011397V0.1** Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich) (EGH): Text  
*Leistungsumfang (z.B. 3 Stunden täglich)*
- 1:20 **F03011378V0.1** Nachweis Leistungsbezug Teilhabe am Arbeitsleben: Anlage
- 0:5 **G03006085V0.1** Sozialpädiatrisches Zentrum
- 1 **F03011386V0.1** Art der therapeutischen Unterstützung (EGH): Text  
*Art der therapeutischen Unterstützung*
- 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
- 0:1 **F03011387V0.1** Versicherungsnummer/Aktenzeichen (EGH): Text  
*Versicherungsnummer/Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*

- 0:1 **F03011384V0.1** Name der behandelnden Praxis (EGH): Text  
*Name der behandelnden Praxis*
- 0:1 **F03011385V0.1** Seit wann wird die hilfeschende Person behandelt? (EGH): Text  
*Seit wann wird die hilfeschende Person behandelt?*
- 0:1 **F03009475V1.1** Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich) (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Leistungsumfang (z.B. 2x wöchentlich)*
- 1:20 **F03011363V0.1** Nachweis therapeutische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004347V1.2** Sozialpsychiatrischer Dienst (EGH)  
*Sozialpsychiatrischer Dienst*
- 1 **F03001197V1.0** Name der Behörde (SGB XII): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Name der Behörde*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 1:20 **F03011379V0.1** Nachweis Sozialpsychiatrischer Dienst: Anlage
- 0:5 **G03004030V1.2** Sonstige Sozialleistungen (EGH)  
*Sonstige Sozialleistungen (z.B. Hilfe zur Pflege, Mobilitätshilfe)*
- 1 **F03011413V0.1** Welche Art der Sozialleistung erhält die hilfeschende Person?: Text
- 1 **F03001197V1.0** Name der Behörde (SGB XII): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Name der Behörde*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "23"}]

- Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 1:20 **F03011380V0.1** Nachweis Sonstige Sozialleistungen: Anlage
- 0:5 **G03004031V2.0** Sonstige Hilfen/Unterstützung
- 1 **F03011414V0.1** Art der Hilfe (EGH): Text  
*Art der Hilfe*
- 1 **F03011370V0.1** Name der unterstützenden Person / Einrichtung / Behörde: Text[{"maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009474V1.0** Ansprechpartner (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ansprechpartner*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 0:1 **F03011394V0.1** Leistungsdauer (EGH): Text  
*Leistungsdauer*
- 1:20 **F03011382V0.1** Nachweis Sonstige Hilfen/ Unterstützung: Anlage
- 1 **F03010221V1.2** beantragte Unterstützungen (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Keine Angabe/Ja/Nein/Nicht bekannt  
*Wurden Unterstützungen für die hilfesuchende Person beantragt?*
- 0:\* **F03010222V1.2** Auswahl beantragte Unterstützungen (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Beantragte Leistungen (EGH)  
*Auswahl der beantragten Unterstützungen*
- 0:5 **G03004040V2.0** Beantragte Heilpädagogische Unterstützung/Förderung vorschulischer Bereich
- 1 **F03011381V0.1** Art der Förderung (EGH): Text  
*Art der Förderung (z.B. Frühförderung, heilpädagogischer Kindergarten, integrative Kindergartenbetreuung)*
- 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text



- 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011446V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Förderung vorschulischer Bereich: Anlage
- 0:5 **G03004041V2.0** Beantragte Unterstützung/Förderung schulischer Bereich
  - 1 **F03011321V0.1** Art der Förderung (z.B. Schulassistenz nach SGB IX bzw. Schulbegleitung): Text
  - 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
  - 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011447V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Förderung schulischer Bereich: Anlage
- 0:5 **G03004042V2.0** Beantragte therapeutische Unterstützung  
*Beantragte therapeutische Unterstützung (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Krankengymnastik, Orthopädie u.s.w.)*
  - 1 **F03011426V0.1** Art der beantragten therapeutischen Unterstützung (EGH): Text  
*Art der beantragten therapeutischen Unterstützung*
  - 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
  - 0:1 **F03011346V0.1** Versicherungsnummer/Geschäftszeichen (EGH): Text  
*Versicherungsnummer/Geschäftszeichen*
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
  - 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*

- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011448V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid therapeutische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004043V2.0** Beantragte psychologische Unterstützung  
*Beantragte psychologische Unterstützung (z.B. Psychiatrie, Psychotherapie)*
- 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
- 0:1 **F03011346V0.1** Versicherungsnummer/Geschäftszeichen (EGH): Text  
*Versicherungsnummer/Geschäftszeichen*
- 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011449V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid psychologische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004044V1.1** Sozialraum (z.B. Vereine, Selbsthilfegruppe)
- 1 **F03011427V0.1** Welche Hilfestellung hat die hilfeschende Person beantragt?: Text
- 1 **F03010768V0.1** Name der Einrichtung: Text[{"minLength":"","maxLength":""}]
- 1 **F03011428V0.1** Datum der Antragstellung/Anmeldung (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung/Anmeldung*
- 0:5 **G03004045V2.0** Beantragte Unterstützung durch Beratung  
*Beantragte Unterstützung durch Beratung (z.B. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, Suchtberatung, Schuldnerberatung)*
- 1 **F03011429V0.1** Art der Beratung beantragt (EGH): Text  
*Welche Art der Beratung hat die hilfeschende Person beantragt (z.B. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, Suchtberatung, Schuldnerberatung, Sozialberatung)?*
- 1 **F03009553V1.1** Name der Beratungsstelle (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Name der Beratungsstelle*
- 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*

- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011450V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Beratungsunterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004046V2.0** Beantragte Leistungen zur Eingliederung  
*Beantragte Leistungen zur Eingliederung nach dem SGB II, SGB III (z.B. berufliche Weiterbildungsmaßnahmen)*
  - 1 **F03011430V0.1** Art der Leistung beantragt (EGH): Text  
*Welche Art der Leistung hat die hilfesuchende Person beantragt (z.B. Weiterbildungsmaßnahme)?*
  - 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011451V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Leistung zur Eingliederung: Anlage
- 0:5 **G03004047V2.0** Beantragte Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung  
*Beantragte Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung (z.B. pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfe bei der Haushaltsführung, Behandlungspflege)*
  - 1 **F03011431V0.1** Leistung Kranken-/Pflegeversicherung beantragt (EGH): Text  
*Welche Leistung der Kranken-/Pflegeversicherung hat die hilfesuchende Person beantragt?*
  - 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011452V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Kranken-/Pflegeversicherung: Anlage

- 0:5 **G03004048V2.0** Beantragte Leistungen der Rentenversicherung  
*Beantragte Leistungen der Rentenversicherung (z.B. medizinische Leistungen zu Kinderrehabilitation)*
- 1 **F03011432V0.1** Welche Leistung der Rentenversicherung hat die hilfeschende Person beantragt?: Text
  - 1 **F03011360V0.1** Name der Rentenversicherung (EGH): Text  
*Name der Rentenversicherung*
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
  - 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
  - 0:20 **F03011455V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Rentenversicherung: Anlage
- 0:5 **G03004049V2.0** Beantragte Leistungen der Unfallversicherung
- 1 **F03011433V0.1** Leistung Unfallversicherung beantragt (EGH): Text  
*Welche Leistung der Unfallversicherung hat die hilfeschende Person beantragt?*
  - 1 **F03011362V0.1** Name der Unfallversicherung (EGH): Text  
*Name der Unfallversicherung*
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
  - 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
  - 0:20 **F03011458V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Unfallversicherung: Anlage
- 0:5 **G03004348V2.0** Beantragte Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt)  
*Beantragte Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt)*
- 1 **F03011434V1.0** Leistung Kinder- und Jugendhilfe beantragt (EGH): Text  
*Welche Leistung der Kinder- und Jugendhilfe hat die hilfeschende Person beantragt?*
  - 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text

- 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011457V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Kinder- und Jugendhilfe : Anlage  
*Nachweis Ablehnungsbescheid Kinder- und Jugendhilfe*
- 0:5 **G03004056V2.0** Beantragte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
  - 1 **F03011435V0.1** Leistung Teilhabe am Arbeitsleben beantragt (EGH): Text  
*Welche Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben hat die hilfeschuchende Person beantragt?*
  - 1 **F03011367V0.1** Name des Leistungsträgers (EGH): Text  
*Name des Leistungsträgers (z.B. Integrationsfachdienst/Integrationsamt, Agentur für Arbeit)*
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
  - 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
  - 0:20 **F03011459V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anlage
- 0:5 **G03006086V1.0** Beantragte Sozialpädiatrisches Zentrum  
*Beantragte Unterstützung durch das Sozialpädiatrische Zentrum*
  - 1 **F03011426V0.1** Art der beantragten therapeutischen Unterstützung (EGH): Text  
*Art der beantragten therapeutischen Unterstützung*
  - 1 **F03011348V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Versicherung): Text
  - 0:1 **F03011346V0.1** Versicherungsnummer/Geschäftszeichen (EGH): Text  
*Versicherungsnummer/Geschäftszeichen*
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*

- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011448V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid therapeutische Unterstützung: Anlage
- 0:5 **G03004057V2.0** Beantragte Unterstützung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst
  - 1 **F03001197V1.0** Name der Behörde (SGB XII): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Name der Behörde*
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
  - 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011470V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid Unterstützung Sozialpsychiatrischen Dienst: Anlage
- 0:5 **G03004058V2.0** Sonstige beantragte Sozialleistungen (z.B. Hilfe zur Pflege, Mobilitätshilfe)
  - 1 **F03011436V0.1** Art der Sozialleistung beantragt (EGH): Text  
*Welche sonstige Art der Sozialleistung hat die hilfesuchende Person beantragt?*
  - 1 **F03011365V0.1** Name des Leistungsträgers (z.B. Behörde): Text
  - 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
  - 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Aktenzeichen*
  - 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
  - 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011471V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid sonstige Sozialleistungen: Anlage
- 0:5 **G03004059V2.0** Sonstige beantragte Hilfen/Unterstützung
  - 1 **F03011437V0.1** Welche sonstige Art der Unterstützung hat die hilfesuchende Person beantragt?: Text

- 1 **F03011370V0.1** Name der unterstützenden Person / Einrichtung / Behörde: Text[{"maxLength":"255"}]
- 1 **F03009492V1.0** Antragsdatum (EGH): Datum  
*Datum der Antragstellung*
- 0:1 **F03009473V1.1** Aktenzeichen (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Aktenzeichen*
- 0:1 **F03009493V1.0** Auswahl kein Bescheid (EGH): Wahrheitswert  
*Es liegt noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.*
- 0:1 **F03009494V1.0** Auswahl Ablehnung (EGH): Wahrheitswert  
*Der Antrag wurde abgelehnt.*
- 0:20 **F03011472V0.1** Nachweis Ablehnungsbescheid sonstige Hilfe/Unterstützung: Anlage
- 1 **G03006099V1.0** Finanzielle Situation der hilfesuchenden Person/Eltern (EGH K+J)  
*Finanzielle Situation der hilfesuchenden Person und der im Haushalt lebenden Eltern*
  - 0:1 **F03014690V1.0** Hinweis Finanzen 1 (statisch): Text  
*Bitte machen Sie Angaben zu den Einkünften der hilfesuchenden Person oder bei minderjährigen Personen der im Haushalt lebenden Elternteile.*
  - 0:1 **F03014691V1.0** Hinweis Finanzen 2 (statisch): Text  
*Unter bestimmten Voraussetzungen ist bei Leistungen der Eingliederungshilfe ein Eigenbeitrag aufzubringen. Dies ist davon abhängig, welche Leistung/en der Eingliederungshilfe angestrebt werden und welche Einkommens- und Vermögenssituation die hilfesuchende Person oder bei minderjährigen Personen die im Haushalt lebenden Elternteile haben.*
  - 0:1 **F03014692V1.0** Hinweis Finanzen 3 (statisch): Text  
*Unter folgenden Voraussetzungen erfolgt keine Anrechnung des Einkommens oder Vermögens, so dass auch keine Angaben zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen erforderlich sind: - die hilfesuchende Person beantragt heilpädagogische Leistungen (z.B. im Rahmen der Frühförderung) - die hilfesuchende Person beantragt Leistungen der medizinischen Rehabilitation (z.B. Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe) - die hilfesuchende Person beantragt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Budget für Arbeit oder Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen) - die hilfesuchende Person beantragt Leistungen zur Teilhabe an Bildung (z.B. Schulassistenz oder Hochschulhilfe) - die hilfesuchende Person bezieht bereits beitragspflichtige Leistungen der Eingliederungshilfe und möchten für den gleichen Zeitraum weitere Leistungen beantragen. Aufgrund der vielfältigen Möglichkeiten ist diese Aufzählung nicht abschließend.*
  - 0:1 **F03014694V1.0** Hinweis Finanzen 4 (statisch): Text  
*Sofern die hilfesuchende Person eine Leistung beantragen möchte, die in der obigen Liste nicht aufgeführt wurde oder wenn die hilfesuchende Person noch nicht sicher ist, welche Leistung Sie benötigt, kann es für die Bearbeitung Ihres Antrages hilfreich sein, wenn die hilfesuchende Person hier Angaben zu Ihrem Einkommen und Vermögen macht. Selbstverständlich haben die hilfesuchende Person bzw. bei minderjährigen Personen die im Haushalt lebenden Elternteile auch die Möglichkeit, jetzt keine Angaben zu machen. In diesem Fall wird die zuständige Behörde die Daten zu einem späteren Zeitpunkt erheben, sofern Sie erforderlich sind.*

- 1 **G03006299V1.0** Angaben zum Einkommen des Vorvorjahres (EGH K+J)  
*Angaben zum Einkommen des Vorvorjahres*
  - 0:1 **F03014695V1.0** Hinweis Vorjahr 1 (statisch): Text  
*Bitte wählen Sie die Einkommensart/-en der hilfeschenden Person aus und geben Sie jeweils die Einkünfte des Vorvorjahres ( aktuelles Jahr - 2 Jahre) als Jahresbeträge an.*
  - 0:1 **F03010491V1.1** Ich möchte jetzt keine Angaben machen: Wahrheitswert  
*Ich möchte jetzt keine Angaben machen / Ich brauche jetzt keine Angaben machen*
  - 0:1 **F03014696V0.1** Hinweis Bearbeitung Behörde (statisch): Text  
*Hinweis: Der Antrag kann von der zuständigen Behörde erst abschließend bearbeitet werden, wenn alle Angaben vollständig sind und alle Unterlagen vorliegen. Wenn Sie zum jetzigen Zeitpunkt keine Angaben machen, werden Sie im Laufe des Antragsverfahrens von der zuständigen Behörde aufgefordert, die Angaben und Unterlagen nachzureichen, sofern sie erforderlich sind.*
  - 0:1 **F03010225V1.1** Auswahl staatlicher Leistungsbezug: Wahrheitswert  
*Staatlicher Leistungsbezug (z.B. Arbeitslosengeld, Hilfe zur Grundsicherung, Hilfe zur Pflege, Landesblindengeld, Blindenhilfe oder Kindergeld)*
  - 0:1 **F03014697V0.1** Hinweis Vorjahr 3 (statisch): Text  
*Sie haben angegeben, dass die hilfeschende Person staatliche Leistungen bezieht. Sollte es sich um Leistungen nach dem SGB II (z.B. Arbeitslosengeld II, Leistungen für Bildung und Teilhabe) oder Leistungen nach dem SGB XII (z.B. Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung oder Wohngeld) oder um Leistungen nach § 27a des Bundesversorgungsgesetzes handeln, müssen Sie ausschließlich Nachweise zu dem Leistungsbezug erbringen. Weitere Angaben zum Einkommen sind in diesem Fall nicht erforderlich.*
  - 0:\* **G03006300V1.0** Angaben über staatliche Leistungsbezüge (EGH K+J)  
*Angaben über staatliche Leistungsbezüge*
    - 0:1 **F03014698V0.1** Hinweis Leistungsbezüge (statisch): Text  
*Bitte benennen Sie alle Einkünfte, die die hilfeschende Person von öffentlichen Stellen erhält (z.B. Bundesagentur für Arbeit, Landesamt für Soziales, Jugend und Familie oder einer örtlichen Behörde). Zu diesen Einkünften zählen z.B. Arbeitslosengeld, Hilfe zur Grundsicherung, Hilfe zur Pflege, Landesblindengeld, Blindenhilfe oder Kindergeld)*
    - 1 **F03014423V0.1** die hilfeschende Person bezieht folgende Leistung (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: staatlicher Leistungsbezug(EGH K+J)  
*die hilfeschende Person bezieht folgende Leistung*
    - 0:1 **F03007795V1.0** Name der Leistung: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]
    - 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue": "0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
    - 0:1 **F03000030V1.0** Name des Leistungsträgers: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]
    - 0:20 **F03008017V1.0** Nachweis staatlicher Leistungsbezug: Anlage



- 0:20 **F03014059V0.1** Nachweis Kindergeld (EGH K+J): Anlage  
*Nachweis Kindergeld*
- 0:1 **F03008087V1.0** Auswahl Einkünfte Land- und Forstwirtschaft : Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft*
- 0:1 **G03003039V1.1** Angabe zu Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008094V1.0** Anlage Einkommensteuerbescheid Land- und Forstwirtschaft : Anlage  
*Nachweis Einkommensteuerbescheid Land- und Forstwirtschaft*
- 0:1 **F03008088V1.0** Auswahl Einkünfte Gewerbebetrieb: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Gewerbebetrieb*
- 0:1 **G03003040V1.1** Angabe zu Einkünften aus Gewerbebetrieb (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Gewerbebetrieb*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008095V1.0** Anlage Einkommensteuerbescheid Gewerbebetrieb: Anlage  
*Nachweis Einkommensteuerbescheid Gewerbebetrieb*
- 0:1 **F03008089V1.0** Auswahl Einkünfte aus selbständiger Arbeit: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus selbständiger Arbeit*
- 0:1 **G03003041V1.0** Angabe zu Einkünften aus selbständiger Arbeit (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus selbständiger Arbeit*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008096V1.0** Anlage Einkommensteuerbescheid selbständige Arbeit: Anlage  
*Nachweis Einkommensteuerbescheid selbständige Arbeit*
- 0:1 **F03008090V1.0** Auswahl Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit*
- 0:1 **G03003042V1.1** Angabe zu Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008098V1.0** Anlage Einkommensteuerbescheid nichtselbständige Arbeit: Anlage  
*Nachweis Einkommensteuerbescheid nichtselbständige Arbeit*

- 0:1 **F03008091V1.0** Auswahl Einkünfte aus Kapitalvermögen: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Kapitalvermögen*
- 0:1 **G03003044V1.1** Angabe zu Einkünften aus Kapitalvermögen (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Kapitalvermögen*
  - 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008099V1.0** Anlage Einkommensteuerbescheid Kapitalvermögen: Anlage  
*Nachweis Einkommensteuerbescheid Kapitalvermögen*
- 0:1 **F03008092V1.0** Auswahl Einkünfte aus Vermietung u. Verpachtung: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Vermietung / Verpachtung*
- 0:1 **G03003043V1.0** Angabe zu Einkünften aus Vermietung und Verpachtung (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Vermietung und Verpachtung*
  - 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008100V1.0** Anlage Einkommensteuerbescheid Vermietung / Verpachtung: Anlage  
*Nachweis Einkommensteuerbescheid Vermietung / Verpachtung*
- 0:1 **F03008392V1.0** Auswahl Leistungen der Rententräger / Knappschaft: Wahrheitswert  
*Leistungen der Rententräger / Knappschaft*
- 0:1 **G03003285V2.0** Renteneinkünfte des Vorvorjahres (EGH)  
*Angaben zu Renteneinkünfte des Vorvorjahres*
  - 0:\* **F03009327V1.0** Renteneinkünfte aus (EGH): Text aus **Codeliste**: Rentenart (SGB XII)  
*Rentenart*
- 0:20 **F03010119V1.0** Nachweis Regelaltersrente : Anlage  
*Nachweis zur Regelaltersrente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010120V1.0** Nachweis Berufsunfähigkeitsrente : Anlage  
*Nachweis zur Berufsunfähigkeitsrente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010121V1.1** Nachweis Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung: Anlage  
*Nachweis zur Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010122V1.0** Nachweis Grundrente: Anlage  
*Nachweis zur Grundrente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010123V1.0** Nachweis Landwirtschaftliches Altersgeld: Anlage  
*Nachweis zum Landwirtschaftlichen Altersgeld (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010124V1.0** Nachweis Private Rente (z.B.: Riester): Anlage  
*Nachweis zur Privaten Renten (Brutto) des Vorvorjahres*

- 0:20 **F03010133V1.0** Nachweis Ausgleichsrente: Anlage  
*Nachweis zur Ausgleichsrente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010134V1.0** Nachweis ausländische Rente: Anlage  
*Nachweis zur ausländischen Rente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010135V1.0** Nachweis Berufs-/Schadensausgleichsrente: Anlage  
*Nachweis zur Berufs-/Schadensausgleichsrente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010136V2.0** Nachweis Betriebsrente: Anlage  
*Nachweis zur Betriebsrente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010137V1.0** Nachweis Sonstige Rente: Anlage  
*Nachweis zur Sonstigen Rente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010138V1.0** Nachweis Unfallrente: Anlage  
*Nachweis zur Unfallrente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010140V1.0** Nachweis Waisengeld: Anlage  
*Nachweis zum Waisengeld (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:20 **F03010141V1.0** Nachweis Waisenrente: Anlage
- 0:20 **F03010143V1.0** Nachweis Witwen-/Witwerrente / Hinterbliebenenrente: Anlage  
*Nachweis zur Witwen-/Witwerrente / Hinterbliebenenrente (Brutto) des Vorvorjahres*
- 0:1 **F03009935V1.0** Auswahl Einkünfte aus Unterhaltszahlung (EGH): Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Unterhaltszahlungen*
- 0:1 **G03003487V1.0** Angabe zu Einkünften aus Unterhaltszahlungen (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Unterhaltszahlungen*
- 0:1 **F03009938V1.0** Höhe der Unterhaltszahlung (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag der Unterhaltszahlung (Brutto)*
- 1:20 **F03009790V1.0** Nachweis Unterhaltsregelung: Anlage
- 0:1 **F03013849V0.1** Auswahl Einkünfte Steuererstattung: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Steuererstattung*
- 0:1 **G03001554V1.2** Angaben zur Steuererstattung
- 0:1 **F03009186V1.2** Einnahme in Höhe (in Euro): Nummer
- 0:1 **F03004199V1.0** Datum der Steuererstattung (SGB XII): Datum  
*Datum der Steuererstattung*
- 1:20 **F03008043V1.0** Nachweis Steuerbescheid (Steuererstattung): Anlage
- 0:1 **F03008093V1.0** Auswahl Sonstige Einkünfte: Wahrheitswert  
*Sonstige Einkünfte*

- 0:1 **G03003045V1.1** Angabe zu sonstigen Einkünften (EGH)  
*Angabe zu sonstigen Einkünften*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008101V1.0** Anlage Sonstige Einkünfte: Anlage  
*Nachweis Sonstige Einkünfte*
- 0:1 **F03010317V1.1** Auswahl kein Einkommen (EGH K+J): Wahrheitswert  
*Kein Einkommen*
- 1 **G03006301V1.0** Angaben zum aktuellen Einkommen (EGH K+J)  
*Angaben zum aktuellen Einkommen*
- 0:1 **F03009589V1.0** Einstiegstext aktuelles Einkommen (statisch) (EGH KuJ): Text  
*Bitte machen Sie Angaben zu dem voraussichtlichen Bruttoeinkommen der hilfeschuchenden Person für das aktuelle Kalenderjahr. Bitte fügen Sie als Nachweis Belege über das bisherige monatliche Einkommen bei.*
- 0:1 **F03010491V1.1** Ich möchte jetzt keine Angaben machen: Wahrheitswert  
*Ich möchte jetzt keine Angaben machen / Ich brauche jetzt keine Angaben machen*
- 0:1 **F03014776V0.1** Hinweis Bearbeitung des Antrags (statisch): Text  
*Hinweis: Der Antrag kann von der zuständigen Behörde erst abschließend bearbeitet werden, wenn alle Angaben vollständig sind und alle Unterlagen vorliegen. Wenn Sie zum jetzigen Zeitpunkt keine Angaben machen, werden Sie im Laufe des Antragsverfahrens von der zuständigen Behörde aufgefordert, die Angaben und Unterlagen nachzureichen, sofern sie erforderlich sind.*
- 0:1 **F03010225V1.1** Auswahl staatlicher Leistungsbezug: Wahrheitswert  
*Staatlicher Leistungsbezug (z.B. Arbeitslosengeld, Hilfe zur Grundsicherung, Hilfe zur Pflege, Landesblindengeld, Blindenhilfe oder Kindergeld)*
- 0:1 **F03014777V0.1** Hinweis staatliche Leistungen (statisch): Text  
*Sie haben angegeben, dass die hilfeschuchende Person staatliche Leistungen bezieht. Sollte es sich um Leistungen nach dem SGB II (z.B. Arbeitslosengeld II, Leistungen für Bildung und Teilhabe) oder Leistungen nach dem SGB XII (z.B. Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung oder Wohngeld) oder um Leistungen nach § 27a des Bundesversorgungsgesetzes handeln, müssen Sie ausschließlich Nachweise zu dem Leistungsbezug erbringen. Weitere Angaben zum Einkommen sind in diesem Fall nicht erforderlich.*
- 0:\* **G03006300V1.0** Angaben über staatliche Leistungsbezüge (EGH K+J)  
*Angaben über staatliche Leistungsbezüge*
- 0:1 **F03014698V0.1** Hinweis Leistungsbezüge (statisch): Text  
*Bitte benennen Sie alle Einkünfte, die die hilfeschuchende Person von öffentlichen Stellen erhält (z.B. Bundesagentur für Arbeit, Landesamt für Soziales, Jugend und Familie oder einer örtlichen Behörde). Zu diesen Einkünften zählen z.B. Arbeitslosengeld, Hilfe zur Grundsicherung, Hilfe zur Pflege, Landesblindengeld, Blindenhilfe oder Kindergeld)*

- 1 **F03014423V0.1** die hilfesuchende Person bezieht folgende Leistung (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: staatlicher Leistungsbezug(EGH K+J)  
*die hilfesuchende Person bezieht folgende Leistung*
- 0:1 **F03007795V1.0** Name der Leistung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 0:1 **F03000030V1.0** Name des Leistungsträgers: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:20 **F03008017V1.0** Nachweis staatlicher Leistungsbezug: Anlage
- 0:20 **F03014059V0.1** Nachweis Kindergeld (EGH K+J): Anlage  
*Nachweis Kindergeld*
- 0:1 **F03008087V1.0** Auswahl Einkünfte Land- und Forstwirtschaft : Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft*
- 0:1 **G03003410V1.1** Angabe zu Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03009630V1.0** Nachweis Einkünfte aus Land und Forstw. lfd. KJ (EGH): Anlage  
*Nachweis Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft*
- 0:1 **F03008088V1.0** Auswahl Einkünfte Gewerbebetrieb: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Gewerbebetrieb*
- 0:1 **G03003399V1.1** Angabe zu Einkünften aus Gewerbebetrieb (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Gewerbebetrieb*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03009609V1.0** Nachweis Einkommen Gewerbe lfd. KJ (EGH): Anlage  
*Nachweis Einkünfte*
- 0:1 **F03008089V1.0** Auswahl Einkünfte aus selbständiger Arbeit: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus selbständiger Arbeit*
- 0:1 **G03003406V1.1** Angabe zu Einkünften aus selbständiger Arbeit (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus selbständiger Arbeit*
- 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03009609V1.0** Nachweis Einkommen Gewerbe lfd. KJ (EGH): Anlage

*Nachweis Einkünfte*

- 0:1 **F03008090V1.0** Auswahl Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit*
- 0:1 **G03003405V1.1** Angabe zu Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit*
  - 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
  - 1:20 **F03009602V1.0** Nachweis Bruttoeinkommen lfd. KJ (EGH): Anlage  
*Nachweis Bruttoeinkommen*
- 0:1 **F03008091V1.0** Auswahl Einkünfte aus Kapitalvermögen: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Kapitalvermögen*
- 0:1 **G03003400V1.1** Angabe zu Einkünften aus Kapitalvermögen (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Kapitalvermögen*
  - 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
  - 1:20 **F03009604V1.0** Nachweis Kapitalvermögen lfd. KJ (EGH): Anlage  
*Nachweis Kapitalvermögen*
- 0:1 **F03008092V1.0** Auswahl Einkünfte aus Vermietung u. Verpachtung: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Vermietung / Verpachtung*
- 0:1 **G03003407V1.1** Angabe zu Einkünften aus Vermietung und Verpachtung (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Vermietung und Verpachtung*
  - 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
  - 1:20 **F03009628V1.0** Nachweis Einkünfte aus V + V lfd. KJ (EGH): Anlage  
*Nachweis Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung*
- 0:1 **F03008392V1.0** Auswahl Leistungen der Rententräger / Knappschaft: Wahrheitswert  
*Leistungen der Rententräger / Knappschaft*
- 0:1 **G03003397V2.0** Renteneinkünfte des aktuellen Kalenderjahres (EGH)  
*Renteneinkünfte des aktuellen Kalenderjahres*
  - 0:\* **F03009327V1.0** Renteneinkünfte aus (EGH): Text aus **Codeliste**: Rentenart (SGB XII)  
*Rentenart*
  - 0:20 **F03010153V1.0** Nachweis Regelaltersrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Regelaltersrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*

- 0:20 **F03010154V1.0** Nachweis Berufsunfähigkeitsrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Berufsunfähigkeitsrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010155V1.1** Nachweis Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010156V1.0** Nachweis Grundrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Grundrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010157V1.0** Nachweis Landwirtschaftliches Altersgeld aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zum landwirtschaftlichen Altersgeld (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010158V1.0** Nachweis Ausgleichsrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Ausgleichsrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010159V1.0** Nachweis ausländischen Rente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur ausländischen Rente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010160V1.0** Nachweis Berufs-/Schadensausgleichsrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Berufs-/Schadensausgleichsrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010161V1.0** Nachweis Betriebsrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Betriebsrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010162V1.0** Nachweis Sonstige Rente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur sonstigen Rente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010163V1.0** Nachweis Unfallrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Unfallrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010164V1.0** Nachweis Waisengeld aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zum Waisengeld (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010165V1.0** Nachweis Waisenrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Waisenrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010166V1.0** Nachweis Witwen-/Witwerrente / Hinterbliebenenrente aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur Witwen-/Witwerrente / Hinterbliebenenrente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:20 **F03010167V1.0** Nachweis Private Rente (z.B.: Riester) aktuelles Jahr: Anlage  
*Nachweis zur privaten Rente (Brutto) des aktuellen Kalenderjahres*
- 0:1 **F03009935V1.0** Auswahl Einkünfte aus Unterhaltszahlung (EGH): Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Unterhaltszahlungen*
- 0:1 **G03003487V1.0** Angabe zu Einkünften aus Unterhaltszahlungen (EGH)  
*Angabe zu Einkünften aus Unterhaltszahlungen*
- 0:1 **F03009938V1.0** Höhe der Unterhaltszahlung (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag der Unterhaltszahlung (Brutto)*

- 1:20 **F03009790V1.0** Nachweis Unterhaltsregelung: Anlage
- 0:1 **F03013849V0.1** Auswahl Einkünfte Steuererstattung: Wahrheitswert  
*Einkünfte aus Steuererstattung*
- 0:1 **G03001554V1.2** Angaben zur Steuererstattung
  - 0:1 **F03009186V1.2** Einnahme in Höhe (in Euro): Nummer
  - 0:1 **F03004199V1.0** Datum der Steuererstattung (SGB XII): Datum  
*Datum der Steuererstattung*
- 1:20 **F03008043V1.0** Nachweis Steuerbescheid (Steuererstattung): Anlage
- 0:1 **F03008093V1.0** Auswahl Sonstige Einkünfte: Wahrheitswert  
*Sonstige Einkünfte*
- 0:1 **G03003045V1.1** Angabe zu sonstigen Einkünften (EGH)  
*Angabe zu sonstigen Einkünften*
  - 0:1 **F03008313V1.0** Jahresbetrag (EGH): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Jahresbetrag (Brutto)*
- 1:20 **F03008101V1.0** Anlage Sonstige Einkünfte: Anlage  
*Nachweis Sonstige Einkünfte*
- 0:1 **F03010317V1.1** Auswahl kein Einkommen (EGH K+J): Wahrheitswert  
*Kein Einkommen*
- 0:1 **F03014699V0.1** Hinweis Finanzen 7 (statisch): Text  
*Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Vermögen.*
- 0:1 **G03006302V1.0** Angaben zum Vermögen (EGH K+J)  
*Angaben zum Vermögen*
  - 1:\* **F03014426V0.1** Bitte wählen Sie Ihre Vermögensart/-en aus. (EGH KuJ): Text aus **Codeliste**: Art des Vermögens  
*Bitte wählen Sie die Vermögensart/-en der hilfesuchenden Person aus.*
- 0:1 **F03014700V1.0** Hinweis Vermögen 1 (statisch): Text  
*Hinweis: Der Antrag kann von der zuständigen Behörde erst abschließend bearbeitet werden, wenn alle Angaben vollständig sind und alle Unterlagen vorliegen. Wenn Sie zum jetzigen Zeitpunkt keine Angaben machen, werden Sie im Laufe des Antragsverfahrens von der zuständigen Behörde aufgefordert, die Angaben und Unterlagen nachzureichen, sofern sie erforderlich sind.*
- 0:1 **G03000813V1.1** Angaben zum Barvermögen
  - 0:1 **F03001649V1.1** Gesamtbetrag (in Euro): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]
- 0:\* **G03000815V2.0** Angaben zum Girokonto (SGB XII)  
*Angaben zum Girokonto*



- 1 **F03007810V1.0** Name des Geldinstituts: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 1 **F6000288V1.2** IBAN: Text[{"minLength":"5","pattern":"[a-zA-Z]{2,2}[0-9]{2,2}[a-zA-Z0-9]{1,30}","maxLength":"34"}]
- 0:1 **F6000289V1.2** BIC: Text[{"minLength":"8","pattern":"[A-Z]{6,6}[A-Z2-9][A-NP-Z0-9]([A-Z0-9]{3,3}){0,1}","maxLength":"11"}]
- 0:1 **F03001650V1.1** Gesamtbetrag (in Euro) (SGB XII): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Gesamtbetrag (in Euro)*
- 1:20 **F03002093V1.0** Kontoauszüge der letzten 6 Monate: Anlage
- 0:\* **G03000817V2.0** Angaben zum Sparguthaben (SGB XII)  
*Angaben zum Sparguthaben*
  - 1 **F03007810V1.0** Name des Geldinstituts: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 1 **F6000288V1.2** IBAN: Text[{"minLength":"5","pattern":"[a-zA-Z]{2,2}[0-9]{2,2}[a-zA-Z0-9]{1,30}","maxLength":"34"}]
  - 0:1 **F6000289V1.2** BIC: Text[{"minLength":"8","pattern":"[A-Z]{6,6}[A-Z2-9][A-NP-Z0-9]([A-Z0-9]{3,3}){0,1}","maxLength":"11"}]
  - 0:1 **F03001650V1.1** Gesamtbetrag (in Euro) (SGB XII): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Gesamtbetrag (in Euro)*
- 1:20 **F03008044V1.0** Nachweis Sparguthaben: Anlage
- 0:\* **G03000818V2.0** Angaben zum Sparvertrag (SGB XII)  
*Angaben zum Sparvertrag*
  - 0:1 **F03009184V1.0** Kontonummer: Nummer[{"minValue":"0"}]
  - 1 **F03007810V1.0** Name des Geldinstituts: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 0:1 **F03001653V1.1** Aktuelle Ansparsumme: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 1:20 **F03008048V1.0** Nachweis Sparvertrag: Anlage
- 1:20 **F03009204V1.0** Nachweis aktueller Kontoauszug (Sparvertrag) : Anlage
- 0:\* **G03000819V1.1** Angaben zum Bausparvertrag (SGB XII)  
*Angaben zum Bausparvertrag*
  - 0:1 **F03001651V1.0** Versicherungsnummer: Nummer[{"minValue":"0"}]
  - 1 **F03001652V1.0** Name der Versicherung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
  - 0:1 **F03001653V1.1** Aktuelle Ansparsumme: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 1:20 **F03008031V1.0** Nachweis Bausparvertrag: Anlage
- 1:20 **F03008032V1.0** Nachweis aktueller Kontoauszug (Bausparvertrag): Anlage
- 0:\* **G03000820V1.1** Angaben zur Lebensversicherung (SGB XII)

**Angaben zur Lebensversicherung**

- 0:1 **F03001651V1.0** Versicherungsnummer: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 1 **F03001652V1.0** Name der Versicherung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03001653V1.1** Aktuelle Ansparsumme: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 0:1 **F03007811V1.1** Rückkaufswert: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 1:20 **F03008041V1.0** Nachweis Versicherungspolice Lebensversicherung: Anlage
- 0:\* **G03000826V1.0** Angaben zu Wertpapieren / Aktien / Depotkonten / Fonds (SGB XII)  
*Angaben zu Wertpapieren / Aktien / Depotkonten / Fonds*
- 0:1 **F03001692V1.0** Gesamtwert (in Euro) (SGB XII): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]  
*Gesamtwert (in Euro)*
- 1:20 **F03008035V1.0** Nachweis Wertpapiere / Aktien / Depotkonten / Fonds: Anlage
- 0:\* **G03000821V1.2** Angaben zur/zum Sterbeversicherung/Bestattungsvorsorgevertrag (SGB XII)  
*Angaben zur/zum Sterbeversicherung/Bestattungsvorsorgevertrag*
- 0:1 **F03001651V1.0** Versicherungsnummer: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 1 **F03001652V1.0** Name der Versicherung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03001653V1.1** Aktuelle Ansparsumme: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 0:1 **F03007811V1.1** Rückkaufswert: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 1:20 **F03002094V1.1** Nachweis Versicherungspolice Sterbeversicherung: Anlage  
*Nachweis Versicherungspolice Sterbeversicherung/Bestattungsvorsorgevertrag*
- 0:\* **G03000827V1.1** Angabe zur privaten Altersvorsorge (SGB XII)  
*Angaben zur privaten Altersvorsorge*
- 1 **F03000030V1.0** Name des Leistungsträgers: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03001653V1.1** Aktuelle Ansparsumme: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 0:1 **F03007811V1.1** Rückkaufswert: Nummer[{"minValue":"0"}]
- 1:20 **F03008042V1.0** Nachweis Altersvorsorge: Anlage
- 0:\* **G03000823V2.0** Angaben zu Haus-/ Wohnungseigentum (SGB XII)  
*Angaben zu Haus-/ Wohnungseigentum*
- 1 **F03001656V1.0** Erzielen Sie hieraus Einkünfte? (SGB XII): Text aus **Codeliste**: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Erzielen Sie hieraus Einkünfte?*
- 0:1 **F03008036V0.2** Hinweis zu Haus- und Wohnungseigentum (statisch): Text  
*Sie haben angegeben, dass Sie Einkünfte durch Ihr Haus- und Wohnungseigentum erzielen. Bitte vermerken Sie diese Einkünfte bei der Frage „Gibt es Einkünfte?“.*

- 0:1 **F03003608V1.0** Lebt ein/eine Familienangehörige/r in dem Haus-/Wohnungseigentum?: Wahrheitswert
- 1:20 **F03001657V1.0** Nachweis Haus-/Wohneigentums: Anlage  
*Nachweis zum Wert und Größe sowie Lage des Haus-/Wohneigentums*
- 0:\* **G03001016V1.0** Angaben zum Kraftfahrzeug (SGB XII)  
*Angaben zum Kraftfahrzeug*
- 1 **F03002096V1.0** Art des Kraftfahrzeugs: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]
- 1 **F03004266V1.0** Das Kfz ist (Vermögen): Text aus **Codeliste**: Nähere Angaben zum Kfz  
*Das Kfz ist*
- 1 **F03002097V1.0** Amtliches Kennzeichen (SGB XII): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Amtliches Kennzeichen*
- 1 **F03003548V1.0** Kilometerstand (Vermögen SGB XII): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Kilometerstand*
- 1:20 **F03002095V1.0** Nachweis/Kopie Kraftfahrzeugschein: Anlage
- 0:\* **G03000828V2.0** Angaben zu Forderungen gegenüber Dritten (SGB XII)  
*Angaben zu Forderungen gegenüber Dritten*
- 1 **F03001693V1.0** Art des Anspruchs (SGB XII): Text aus **Codeliste**: Art des Anspruchs  
*Art des Anspruchs*
- 0:1 **F03008040V0.2** Hinweis zu Forderungen gegenüber Dritten (statisch): Text  
*Bitte machen Sie hier Angaben, wenn Sie Forderungen gegenüber anderen Privatpersonen oder Unternehmen (z.B. Rückerstattungen) haben.*
- 0:1 **F03001694V1.0** Sonstiger Anspruch (SGB XII): Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]  
*Sonstiger Anspruch*
- 1:20 **F03008037V1.1** Nachweis Forderungen gegenüber Dritten: Anlage
- 0:1 **G03002876V2.0** Sonstiger Grundbesitz
- 1 **F03008045V1.0** Erzielen Sie hieraus Einkünfte? : Text aus **Codeliste**: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)
- 0:1 **F03008046V0.2** Hinweis zu sonstigen Grundbesitz (statisch): Text  
*Sie haben angegeben, dass Sie Einkünfte durch Ihren sonstigen Grundbesitz erzielen. Bitte vermerken Sie diese Einkünfte bei der Frage „Gibt es Einkünfte?“.*
- 1:20 **F03008047V1.0** Nachweis zu Wert und Größe sowie Lage des sonstigen Grundbesitzes: Anlage
- 0:\* **G03003272V1.1** Angaben zum sonstigen Vermögen
- 1 **F03007807V1.0** Sonstiges Vermögen: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "255"}]
- 0:1 **F03001653V1.1** Aktuelle Ansparsumme: Nummer[{"minValue": "0"}]

1:20 **F03008049V1.0** Nachweis Sonstiges Vermögen: Anlage

1 **F03008856V1.0** Bestehen Ansprüche aus Übertragungsverträgen?: Text aus **Codeliste**: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Bestehen Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z.B. Wohn- Altenteilsrecht oder Nießbrauch)?*

0:1 **G03006097V1.0** Nähere Angaben zu Übertragungsverträgen (EGH K+J)  
*Nähere Angaben zu Übertragungsverträgen*

0:1 **F03014702V1.0** Hinweis Übertragungsvertrag (statisch): Text  
*Bitte machen Sie Angaben zu der Person, mit der die hilfesuchende Person den Übertragungsvertrag geschlossen haben.*

1 **F60000227V1.1** Familienname: Text[{"minLength":"1","maxLength":"120"}]

1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength":"1","maxLength":"80"}]

1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]

1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]

1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}([1-9]{1}[0-9]{1}){1}[0-9]{3}","maxLength":"5"}]

1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]

1 **F03007816V1.1** Höhe/Wert der Zuwendung (in Euro): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]

1:20 **F03008857V1.0** Nachweis Übertragungsvertrag: Anlage

1 **F03007812V1.0** Frage Übertragung Vermögen: Text aus **Codeliste**: Ja/Nein/nichtbekannt(TFG)  
*Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung)?*

0:1 **G03006103V1.0** Nähere Angaben zur Vermögensübertragung (EGH K+J)  
*Nähere Angaben zur Vermögensübertragung*

0:1 **F03014703V1.0** Hinweis Vermögensübertragung (statisch): Text  
*Bitte machen Sie Angaben zu der Person auf die Vermögen übertragen wurde und zu der Art der Zuwendung.*

1 **F60000227V1.1** Familienname: Text[{"minLength":"1","maxLength":"120"}]

1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength":"1","maxLength":"80"}]

1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]

1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]

1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}([1-9]{1}[0-9]{1}){1}[0-9]{3}","maxLength":"5"}]

1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]

1 **F03007815V1.1** Art der Zuwendung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]

1 **F03007816V1.1** Höhe/Wert der Zuwendung (in Euro): Geldbetrag[{"minValue":"0"}]

1 **F03014210V0.1** Zeitpunkt der Zuwendung: Datum

1:20 **F03008052V1.0** Nachweis Vermögensübertragung: Anlage

**1 G03004305V2.0** Schweigepflichtentbindung (EGH)*Schweigepflichtentbindung***0:1 F03014704V1.0** Hinweis Schweigepflichtentbindung 1 (statisch): Text

*Um eine zügige und rasche Antragsbearbeitung zu gewährleisten, werden Sie um die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gebeten. Bitte laden Sie am Ende der Seite das Dokument zur Schweigepflichtentbindung herunter und bestätigen oder versagen Sie Ihr Einverständnis in dem Dokument. Anschließend können Sie das Dokument wieder hochladen oder per Post übersenden.*

**0:1 F03014705V1.0** Überschrift Entbindung von der Schweigepflicht (statisch): Text

*Entbindung von der Schweigepflicht Durch die Schweigepflichtentbindung erklären Sie sich damit einverstanden, dass die zuständige Behörde die Auskünfte und medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundscheine, Untersuchungsbefunde, Pflege- und Betreuungsgutachten, Entwicklungsberichte, Zeugnisse) von den benannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gesundheitsämtern, Gerichten, Sozialleistungsträgern, sozialen Einrichtungen, Schulen sowie von privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungsunternehmen - auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfange bezieht, wie diese für die Prüfung des Anspruchs auf Eingliederungshilfe erforderlich sind.*

**0:1 F03014706V1.0** Hinweis Schweigepflichtentbindung 2 (statisch): Text

*Diese Erklärung erstreckt sich, soweit Sie Ihre Schweigepflichtentbindung nicht beschränken, auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte stattgefunden haben, sind der zuständigen Behörde unverzüglich mitzuteilen. Sofern Sie bei Ihrer Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes bestimmen, werden auch Unterlagen über ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens vorgenommen werden, angefordert. Die Einwilligungserklärung bezieht sich auch auf die während des Verfahrens sonstigen eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen, sofern sie für die Prüfung des Anspruchs auf Eingliederungshilfe erforderlich sind.*

**0:1 F03014707V1.0** Hinweis Schweigepflichtentbindung 3 (statisch): Text

*Insoweit entbinden Sie die von der zuständigen Behörde ersuchten Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser, andere Behandlungsstätten, Behörden und private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen von ihrer Schweigepflicht. Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren. Vorstehende Erklärung ist ein höchst persönliches Recht und daher ausschließlich von der Antragstellerin/dem Antragsteller, der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter, der Betreuerin/dem Betreuer mit entsprechender Befugnis, nicht aber von der/dem Bevollmächtigten zu erteilen.*

**0:1 F03010474V1.2** Art der Einreichung Schweigepflichtentbindung (EGH): Text aus **Codeliste:** Art der Einreichung Schweigepflichtentbindung (EGH)

*Auf welche Art möchten Sie Ihre Erklärung zur Schweigepflichtentbindung einreichen?*

**0:1 F03010475V1.2** Art der Einreichung Schweigepflichtentbindung Betreuer (EGH): Text aus **Codeliste:** Art der Einreichung Schweigepflichtentbindung-Betreuer (EGH)

*Auf welche Art möchten Sie Ihre Erklärung zur Schweigepflichtentbindung einreichen?*

- 0:1 **F03014784V0.1** Frage Einschränkungen der Schweigepflichtentbindung (EGH): Text  
*Wollen Sie Einschränkungen der Schweigepflichtentbindung aufnehmen?*
- 0:1 **F03009026V1.0** Ich stimme der Schweigepflichtentbindung in dieser Form zu.: Wahrheitswert
- 0:1 **F03014814V0.1** Vordruck Schweigepflichtentbindung herunterladen (Cirali): Text  
*Vordruck Schweigepflichtentbindung herunterladen*
- 0:1 **G03006394V1.0** Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung digital hochladen (SBA)  
*Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung digital hochladen*
- 0:1 **F03014655V2.0** Hinweis Vertretung Schweigepflicht (statisch): Text  
*Sie können entweder als betroffene Person, betreuende Person (soweit vom Aufgabenkreis umfasst) oder als gesetzliche Vertretung die Schweigepflichtentbindung ausdrucken, ausfüllen, unterschreiben und hochladen. Falls Sie als bevollmächtigte Person den Antrag stellen, müssen Sie für die Schweigepflichtentbindung die Einwilligung/Versagung der betroffenen Person, der betreuenden Person oder der gesetzlichen Vertretung einholen.*
- 1:20 **F03009027V1.2** Unterzeichnete Schweigepflichtentbindung: Anlage
- 0:1 **G03006393V0.1** Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung per Post übersenden (EGH)  
*Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung per Post übersenden*
- 0:1 **F03014783V0.1** Hinweis Schweigepflichtentbindung per Post senden EGH (statisch): Text  
*Sie können entweder als betroffene Person, betreuende Person (soweit vom Aufgabenkreis umfasst) oder als gesetzliche Vertretung die Schweigepflichtentbindung ausdrucken, ausfüllen, unterschreiben und per Post an die zuständige Behörde senden. Falls Sie als bevollmächtigte Person den Antrag stellen, müssen Sie für die Schweigepflichtentbindung die Einwilligung/Versagung der betroffenen Person, der betreuenden Person oder der gesetzlichen Vertretung einholen. Die ausgefüllte und unterschriebene Schweigepflichtentbindung senden Sie bitte an die zuständige Behörde. Die Adresse wird Ihnen nach dem Absenden des Antrags angezeigt.*
- 0:1 **G03004350V2.0** Rechtlicher Hinweis (EGH EW)  
*Rechtlicher Hinweis*
- 0:1 **F03014709V1.0** Rechtlicher Hinweis 1 (statisch): Text  
*Sie haben sich für die digitale Entbindung von der Schweigepflicht entschieden, diese wird Ihren Ärzten gegenüber wirksam, wenn Sie die folgende Auswahl bestätigen.*
- 0:1 **F03014710V1.0** Rechtlicher Hinweis 2 (statisch): Text  
*Mir ist bewusst, dass von den benannten behandelten Ärzten und Einrichtungen Auskünfte und medizinische Unterlagen eingeholt werden, die einem begutachtenden Arzt weitergeleitet werden.*
- 1 **F03010547V1.0** Erklärung (EGH EW): Wahrheitswert  
*Ich erkläre mich mit der unter 1.10 genannten Entbindung von der Schweigepflicht (vorbehaltlich genannter Einschränkungen) einverstanden.*
- 0:1 **G03004493V1.0** Ablehnung der Schweigepflichtentbindung (EGH)  
*Ablehnung der Schweigepflichtentbindung*

0:1 **F03014711V1.0** Hinweis Ablehnung Schweigepflicht (statisch): Text  
*Sie haben sich dafür entschieden, die Schweigepflichtentbindung nicht zu erteilen. Bitte beachten Sie, dass unter diesen Umständen ausschließlich anhand der von Ihnen eingereichten Unterlagen über Ihren Antrag entschieden wird.*

1:20 **F03009027V1.2** Unterzeichnete Schweigepflichtentbindung: Anlage

1 **G03005993V1.0** Mitwirkungspflicht und Datenschutz (EGH K+J)  
*Mitwirkungspflicht und Datenschutz*

0:1 **F03014712V1.0** Hinweis Mitwirkungspflicht 1 (statisch): Text  
*Mitwirkungspflicht Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist der Träger der Eingliederungshilfe auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) die Mitwirkungspflicht der oder des Leistungsberechtigten gesetzlich geregelt. Wer Sozialleistungen beantragt, hat u.a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. Pflegekasse) zuzustimmen. Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u.a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.*

0:1 **F03014713V1.0** Mitwirkungspflicht 2 (statisch): Text  
*Sollten sich Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen ergeben, müssen Sie diese dem Träger der Eingliederungshilfe unverzüglich mitteilen.*

1 **F03008866V1.0** Hiermit versichere ich: Wahrheitswert  
*Hiermit versichere ich, die Angaben in diesem Antrag, insbesondere zu den Vermögensverhältnissen, nach bestem Wissen und Gewissen getätigt zu haben und mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Ich bestätige ausdrücklich, dass ich davon unterrichtet bin, jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung maßgebend sind, unverzüglich der gewährenden Behörde mitteilen zu müssen. Dies sind z.B.: der Wechsel des Aufenthaltsortes (auch vorübergehender Art wegen Schul- oder Berufsausbildung, Krankenhausaufenthalt, Umzug in eine stationäre Einrichtung) oder jede Änderung hinsichtlich der angegebenen Einkünfte oder Sozialleistungen (Zugang, Erhöhung, Minderung, Wegfall).*

0:1 **F03014714V1.0** Hinweis Mitwirkungspflicht 3 (statisch): Text  
*Datenschutz Die Rechtsgrundlagen zur rechtmäßigen Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in den §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die Informationen zu den Risiken der Datenübermittlung und den Informationspflichten nach Artikel 13 ff. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) finden Sie in den Informations- und Transparenzpflichten nach Art. 13 DSGVO (PDF).*

1 **F03007871V1.1** Stimmen Sie der Datenverarbeitung zu?: Wahrheitswert

0:1 **F03014715V1.0** Hinweis Mitwirkungspflicht 4 (statisch): Text  
*Datenübermittlung an Dritte (z.B. Versicherungen, andere Behörden)*

1 **F03014026V0.1** Datenübermittlung (EGH K+J): Text aus **Codeliste**: Datenweitergabe(EGH)  
*Im Rahmen der Antragsbearbeitung ist es ggf. notwendig, Daten mit anderen gesetzlichen oder privaten Leistungsträgern (z.B. andere Behörden, Versicherungen) auszutauschen. Sie haben hier die Möglichkeit dieser Datenübermittlung zuzustimmen oder zu*

widersprechen. Bitte beachten Sie, wenn Sie der Datenübermittlung widersprechen, wird die Behörde die erforderlichen Unterlagen ausschließlich von Ihnen anfordern.

0:1 **F03014716V1.0** Hinweis Mitwirkungspflicht 5 (statisch): Text

*Im Falle der Unzuständigkeit ist die Behörde nach §§ 14 und 15 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) unabhängig von Ihrer Zustimmung oder Ablehnung der Datenübermittlung verpflichtet, den Antrag unverzüglich an den zuständigen Rehabilitationsträger i.S.d. § 6 SGB IX (z.B. gesetzliche Krankenkasse, gesetzliche Rentenversicherung) weiterzuleiten.*

1 **G03003416V1.1** Sonstiges/Ergänzende Angaben

0:1 **F03009632V1.1** Sonstiges/Ergänzende Angaben (EGH): Text[{"minLength":"0","maxLength":"1000"}]

*Wenn Sie weitere Informationen und Anmerkungen zum Antrag auf Eingliederungshilfe haben, können Sie diese hier angeben.*

0:20 **F03009022V1.0** Sonstige Anlagen: Anlage