

Clearingstelle
bei der Beauftragten Person der Landesregierung
für die Belange der Menschen mit Behinderungen
Ministerium für Gesundheit und Soziales
Henning-von-Tresckow-Str. 2-13
14467 Potsdam

Einleitung eines Verfahrens der Clearingstelle gemäß § 6 Abs. 1 und 2 AG-SGB IX

Wichtige Hinweise:

- Alle mit einem Stern (*) markierten Felder sind Pflichtangaben. Ohne diese Angaben können wir Ihr Anliegen nicht bearbeiten.
- Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz. Die Mitarbeiter/innen der Clearingstelle sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Nähere Erläuterungen zum Datenschutz finden Sie auch hier:
<https://mgs.brandenburg.de/mgs/de/datenschutz/>
- Ihr Vermittlungsanliegen wird dem zuständigen örtlichen Träger der Eingliederungshilfe (Leistungsträger) zur Stellungnahme vorgelegt.
- Das Vermittlungsverfahren hat keine fristverlängernde oder fristaussetzende Wirkung auf das Verwaltungsverfahren beim zuständigen Leistungsträger. Bitte beachten Sie die Fristen im Rechtsbehelf Ihres Leistungsbescheides.
- Sollte der Platz auf dem Formular nicht ausreichen, können Sie zusätzliche Blätter beifügen.

Angaben zur betroffenen Person

Name * : _____

Vorname * : _____

Geschlecht: _____

Straße, Hausnummer * : _____

Postleitzahl, Wohnort * : _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Besondere Bedürfnisse

(z.B. Gebärdensprachdolmetscher, Kommunikation in Leichter Sprache) * : _____

Art der Beeinträchtigung (Krankheitsbild und sich daraus ergebende Einschränkungen, auf beruflicher, gesellschaftlicher und/oder sozialer Ebene):

Vertreter/in

☐ Bestellte/r Betreuer/in

☐ Gesetzliche/r Vertreter/in

☐ Bevollmächtigte/r

Name * : _____

Vorname * : _____

Straße, Hausnummer * : _____

Postleitzahl, Wohnort * : _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Angaben zum beteiligten Träger der Eingliederungshilfe

Name der Behörde * : _____

Aktenzeichen der Behörde: _____

Straße, Hausnummer * : _____

Postleitzahl, Ort * : _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Angaben zum Sachverhalt

1. Bei Problemen/Streit zu Art und Umfang der Leistungen der Eingliederungshilfe

Welche Leistung der Eingliederungshilfe haben Sie beantragt? *

Wozu benötigen Sie diese Leistung genau? *

(Was soll im Einzelnen durch die Gewährung der Leistung erreicht oder ausgeglichen werden?)

Haben Sie bereits einen schriftlichen Leistungsbescheid erhalten? *

☐ ja ☐ nein

Falls ja, Datum des Bescheids: _____

Die Leistung wurde: ☐ vollständig abgelehnt
 ☐ nur teilweise bewilligt
 ☐ anders als von Ihnen gewünscht bewilligt

Ist bereits ein Rechtsverfahren anhängig?

☐ nein
☐ Widerspruch, seit _____
☐ Klage, seit _____

Welches Ziel möchten Sie durch das Vermittlungsverfahren der Clearingstelle erreichen? *

Was erwarten Sie vom zuständigen Leistungsträger der Eingliederungshilfe? *

2. Bei Verfahrensfragen (Fragen oder Probleme in Bezug auf die Verfahrensweise – das Vorgehen des örtlich zuständigen Trägers der Eingliederungshilfe)

Schildern Sie Ihre Frage oder Ihr Problem zur Verfahrensweise so ausführlich wie möglich. *
(Mit welchem Vorgehen sind Sie nicht einverstanden und wie begründen Sie dies?)

Welches Ziel wollen Sie durch das Vermittlungsverfahren der Clearingstelle erreichen?

Was erwarten Sie vom zuständigen Leistungsträger der Eingliederungshilfe? *

Sonstige hilfreiche Angaben

Erhalten Sie auch von anderen Leistungsträgern Sozialleistungen?

☐ ja

☐ nein

Falls ja, von welchem Träger (Name, Anschrift)?:

Welche Sozialleistung?:

Ggf. aufgrund welcher Gesundheitsstörungen?:

Ort, Datum

Unterschrift Leistungsberechtigte/r

Unterschrift rechtl. Vertreter/in oder Bevollmächtigte/r

Anlagen:

- Einverständniserklärung * (bei Online-Antrag per Post/Fax nachzureichen)
- Vollmacht, Betreuungsausweis, Bestellungsurkunde
- Leistungsbescheid des Trägers der Eingliederungshilfe, soweit bereits erteilt
- Sonstiges