

Clearingstelle
bei der Beauftragten Person der Landesregierung
für die Belange der Menschen mit Behinderungen
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz
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://msgiv.brandenburg.de/msgiv/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	
Email	
Besondere Bedürfnisse (z. B. Gebärdendolmetscher, Kommunikation in leichter Sprache)*	

Art der Beeinträchtigung (Krankheitsbild und sich daraus ergebene 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	
Email	

Angaben zum beteiligten Träger der Eingliederungshilfe

Name der Behörde *	
Aktenzeichen der Behörde	
Straße, Hausnummer *	
Postleitzahl, Ort *	
Telefon	
Fax	
Email	

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?*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum des Bescheides
Wurde die Leistung	<input type="checkbox"/> vollständig abgelehnt <input type="checkbox"/> nur teilweise bewilligt <input type="checkbox"/> anders als von Ihnen gewünscht bewilligt
Ist bereits ein Rechtsverfahren anhängig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Widerspruch, seit <input type="checkbox"/> 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)

<p>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?)</p>	
<p>Welches Ziel wollen Sie durch das Vermittlungsverfahren der Clearingstelle erreichen? *</p>	
<p>Was erwarten Sie vom zuständigen Leistungsträger der Eingliederungshilfe? *</p>	

Sonstige hilfreiche Angaben

<p>Erhalten Sie auch von anderen Leistungsträgern Sozialleistungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Von welchen Träger (Name, Anschrift)?</p>
---	---

Erhalten Sie auch von anderen Leistungsträgern Sozialleistungen?	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