

Kreis Plön  
Der Landrat  
- Amt für Soziales -  
Hamburger Straße 17/18  
24306 Plön

---

(Name, Vorname)

---

(Geburtsdatum)

---

(Straße, Hausnummer)

---

(Postleitzahl, Wohnort)

---

(Telefonnummer)

**Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte  
Menschen nach §§ 90 ff. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich einen Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 90 ff. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift  
(ggf. gesetzliche Vertretung)

---

ggf. weitere Adressen und Kontaktdaten von

- Rechtliche Betreuung / Vollmacht:

- 
- Sorgeberechtigte:

- 
- Pflegeeltern:
-