

Antrag auf Leistungen nach §§ 67, 68 SGB XII Ersthilfeplan

Beantragte Hilfe:

Leistungserbringer / Betreuungsanbieter:

Sozialdienst:

Datum:

1. Nachfragende Person

Name, Vorname		Geburtsdatum
Beruf, Schulabschluss	Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus (Ausländer)	Familienstand
PLZ, Ort, Straße		
Telefon (freiwillig)		E-Mail (freiwillig)
Bankverbindung (freiwillig)		
Angehörige (Kinder, Eltern, Ehegatten, Lebenspartner)	Umgangsregelung mit getrennt lebenden Kindern:	Hausärztliche Praxis

2. Gesetzliche Betreuung oder bevollmächtigte Person

Name, Vorname	
PLZ, Ort, Straße	
Telefon, Fax	E-Mail
Aufgabenbereiche	

3. Schwerbehinderung nach SGB IX (Nachweis bitte beifügen)

Grad der Behinderung	%	Merkzeichen	gültig bis
Anmerkungen			

4. Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (Vorliegende Arztberichte und Pflegegutachten bitte beifügen)

Pflegegrad:	Anmerkungen
-------------	-------------

5. Krankenkasse

Name der Krankenkasse		Pflegeversicherung bei dieser Krankenkasse <input type="checkbox"/>		
PLZ, Ort, Straße				
Telefon, Fax		E-Mail		
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> § 264 SGB V

6. Andere Sozialleistungen (Bescheide bitte beifügen)

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)	beantragt	bewilligt	abgelehnt	Leistungsträger
	(Zutreffendes bitte ankreuzen)			
Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jobcenter
Arbeitslosengeld I, ggf. Betrag:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeitsagentur
Rente: , ggf. Betrag:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maßnahmen zur Beschäftigungsförderung oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB II:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen der Jugendhilfe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Leistungen: , ggf. Betrag: (z.B. BaFöG, Kindergeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7. Art der besonderen Lebensverhältnisse

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)	(Beschreibung in Stichworten)
fehlende oder nicht ausreichende Wohnung	<input type="checkbox"/>
ungesicherte wirtschaftliche Lebensgrundlage	<input type="checkbox"/>
gewaltgeprägte Lebensumstände	<input type="checkbox"/>
Entlassung aus einer geschlossenen Einrichtung z.B. Klinik, Psychiatrie, Haft	<input type="checkbox"/>
vergleichbare nachteilige Umstände	<input type="checkbox"/>

8. Mit den besonderen Lebensverhältnissen verbundene soziale Schwierigkeiten

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)	(Beschreibung in Stichworten)
Ausgrenzendes Verhalten des Antragstellenden oder eines Dritten im Zusammenhang	
... mit der Erhaltung und Beschaffung einer Wohnung	<input type="checkbox"/>
... mit der Erlangung und Sicherung eines Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>
... mit familiären oder anderen sozialen Beziehungen	<input type="checkbox"/>
... mit Straffälligkeit	<input type="checkbox"/>

9. Beschreibung des Betreuungsbedarfs

Arbeits- und Problembereich (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)	Ziele (möglichst mit Termin) (Beschreibung in Stichworten)
Lebensunterhalt, finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>
Wohnsituation	<input type="checkbox"/>
Haushaltsführung	<input type="checkbox"/>
Medizinischer Status	<input type="checkbox"/>
Psychischer Status / Suchtproblematik	<input type="checkbox"/>
Schul- oder Berufs-Ausbildung / Arbeit	<input type="checkbox"/>
Rechtliches / Justiz	<input type="checkbox"/>
Familiäre, soziale und nachbarschaftliche Beziehungen	<input type="checkbox"/>
Soziale Kompetenz	<input type="checkbox"/>

10. Notwendige Betreuungsform(en)

- vollstationäre Hilfe
 teilstationäre Hilfe
 ambulant betreutes Wohnen (in Wohnraum des Leistungserbringers / Betreuungsanbieters)
 ambulant betreutes Wohnen (in selbst angemietetem Wohnraum)

Anmerkungen:

11. Zusammenarbeit / Absprache

Fachdienste und Institutionen

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

- Agentur für Arbeit:
 Jobcenter:
 Arzt/Gesundheitsamt:
 Suchtberatungsstelle:
 Schuldnerberatungsstelle:
 Sozialpsychiatrischer Dienst:
 Bewährungshilfe:
 Sonstige:

Wie sieht die Zusammenarbeit aus?
Wer stellt den Kontakt her?

12. Vorrangige Leistungen

Fachdienste und Institutionen

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

- Fallmanagement des Jobcenter:
 Maßnahmen der Eingliederungshilfe SGB IX:
 Suchtberatungsstelle:
 Schuldnerberatungsstelle:
 Sozialpsychiatrischer Dienst:
 Bewährungshilfe:
 Sonstige:

Welche Maßnahmen können eingeleitet werden?

13. Lebenslauf „beruflicher Werdegang“

14. Aufenthaltsverhältnisse der letzten 3 Jahre

15. Erklärungen

Erklärung der nachfragenden Person

- Bei der Erstellung des Antrags / Hilfeplans habe ich mitgewirkt
- Ich bin damit einverstanden, dass jeder der Beteiligten den Antrag / Hilfeplan erhält.
- Ich bin mit der Vorlage des Antrags / Hilfeplans beim zuständigen Sozialhilfeträger einverstanden.
- Ich arbeite an der Veränderung meiner jetzigen Lebenssituation und erkläre mich bereit, bei der Umsetzung des Hilfeplans nach meinen Möglichkeiten mitzuwirken
- Die beantragte Hilfe entspricht meinem Wunsch

Datum, Unterschrift (nachfragende Person)

Datum, Unterschrift (Sozialdienst)

Gemeinsame Erklärung der Beteiligten

Die am Hilfeprozess beteiligten Partner/innen bekunden ihren Willen zur Einhaltung der Absprachen. Deshalb überprüfen sie, ob sie die getroffenen Absprachen auch in den vereinbarten Zeiträumen verwirklichen und erreichen können.

Datum, Unterschrift (nachfragende Person)

Datum, Unterschrift
(gesetzliche Betreuung / bevollmächtigte Person)

Datum, Unterschrift
(Leistungserbringer / Betreuungsanbieter)

Datum, Unterschrift (Sozialhilfeträger)

Verteiler:

nachfragende Person

gegebenenfalls gesetzlicher Betreuer / bevollmächtigte Person

Sozialhilfeträger

Leistungserbringer / Betreuungsanbieter

empfohlen: persönlicher Ansprechpartner des Jobcenters