

A n t r a g

auf Gewährung von Sozialhilfe nach §§ 67, 68 SGB XII

ab:

Einrichtung:

I.	Angaben zur Person: (Bitte jeweilige Nachweise in Kopie beifügen)	
1.	Name (ggf. Geburtsname)	
2.	Vorname/n	
3.	Geburtstag / Ort / Kreis	
4.	Familienstand	
5.	Staatsangehörigkeit (Bei Ausländern Nachweis des Aufenthaltsstatus/Freizügigkeitsbescheinigung beifügen)	
6.	Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.	Zuletzt polizeilich gemeldet in:	
8.	gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9.	Name Betreuer	
	Anschrift	
	Telefon	

II.	Einkommen: (Bitte jeweilige Nachweise in Kopie beifügen)		
1.	Lohn/Gehalt etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR
2.	Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Anspruch könnte bestehen
	Sonstige Renten (z. B. Waisenrente, Unfallrente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Rentenversicherungsträger		
	Versicherungsnummer		
	Rentenhöhe		EUR
3.	Krankengeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	EUR
4.	Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	EUR <input type="checkbox"/> beantragt
	Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	EUR <input type="checkbox"/> beantragt
5.	Überbrückungsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	EUR
6.	Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	EUR
7.	Sonstige Einkommen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	EUR
8.	Wovon wurde zuletzt der Lebensunterhalt bestritten		

III. Vermögen: (Bitte jeweilige Nachweise in Kopie beifügen)	
1.	Bargeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Höhe EUR
	Bankguthaben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Höhe EUR
	sonstiges Vermögen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Höhe EUR
2.	Haus- oder Grundbesitz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Lage

IV. Zahlungsverpflichtungen: (Bitte jeweilige Nachweise in Kopie beifügen)	
<input type="checkbox"/> Unterhaltsverpflichtungen	ca. EUR mtl.
<input type="checkbox"/> Schuldverpflichtungen	ca. EUR mtl. Tilgung / Ratenzahlung
	EUR Gesamtsumme

V. Krankenversicherung: (Bitte jeweilige Nachweise in Kopie beifügen)	
Zuletzt Mitglied in welcher Kasse?	
Krankenversichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Sonstiges
	<input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Familienversicherung

VI. Familienverhältnisse	
Ehepartner: Name, Vorname Geburtsname, geb., Adresse	
Kinder: Name, Vorname Geburtsname, geb., Adresse	
Eltern: Name, Vorname Adresse	

VII. Berufliche Situation:	
Erlerner Beruf	
Ausgeübte Tätigkeiten:	
von bis als	
von bis als	
von bis als	

VIII. Aufenthaltsverhältnisse vor der Aufnahme: ⇒ Bitte möglichst exakt und weit zurückgehend angeben!			
Zeitraum	Anschrift	Unterkunftsart	Bemerkungen
von – bis	Straße und Ort	Eigene Wohnung? Einrichtung? JVA? etc.	Grund des Wechsels, Leistungsträger etc.

Kurze Begründung der Notwendigkeit der (teil-)stationären Hilfe nach §§ 67, 68 SGB XII

.....
 Antragsteller Datum

Innerhalb von 6 Wochen nach Aufnahme datum erfolgt die Zusendung des Hilfeplans.

.....
 Mitarbeiter Einrichtung / Träger Datum

.....
 Telefon