

# Antrag

auf Bewilligung von Leistungen der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach den §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch(SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe

- Betreutes Wohnen nach HAG / SGB XII ab \_\_\_\_\_  
 Stationäre Betreuung ab \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Einrichtung bzw. betreuender Dienst

## 1. Angaben zu der nachfragenden Person

Name, Vorname (ggf. Geburtsname) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort- und kreis \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort- ggf. letzter Wohnort vor Aufnahme in die Einrichtung \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Aufenthaltsstatus (Nachweis bitte beifügen) \_\_\_\_\_

### Familienstand

ledig     verheiratet     eingetragene Lebenspartnerschaft     getrennt lebend     geschieden     verwitwet

seit: \_\_\_\_\_

Unterhaltsverpflichtung für \_\_\_\_\_

Wurde ein Schulabschluss erreicht?     Nein.     Ja, folgender \_\_\_\_\_

Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?     Nein.     Ja, folgende \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_ Zuletzt ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber (von - bis) \_\_\_\_\_

Betreuer/in nach dem Betreuungsgesetz:     nein     ja    Wirkungskreis:     Wohnungsangelegenheiten  
 Gesundheit  
 Aufenthalt  
 Vermögen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Faxnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Einwilligungsvorbehalt für: \_\_\_\_\_

Bestellung durch Amtsgericht: \_\_\_\_\_

**Bitte Kopie beifügen! Aus den Unterlagen muss der Wirkungskreis hervorgehen.**

Erwerbsfähigkeit wurde durch die Agentur für Arbeit/die Stadt/ den Landkreis in \_\_\_\_\_ festgestellt.

Dauerhafte Erwerbsminderung wurde durch den Träger der Rentenversicherung in \_\_\_\_\_ festgestellt.

**Bitte Kopie des Bescheides über die Erwerbsfähigkeit bzw. dauerhafte Erwerbsminderung beifügen!**

Schwerbehindertenausweis wurde ausgestellt/beantragt?

nein     ja - ausgestellt \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_ Az.: \_\_\_\_\_ GdB: \_\_\_\_\_ %

**(Kopie des Schwerbehindertenausweises bitte beifügen)**

beantragt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

### Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung

besteht nicht.

besteht bei \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift

pflichtversichert

freiwillig versichert

nach § 264 (2) SGB V angemeldet

Familienversichert als Familienangehörige/r des \_\_\_\_\_

privat versichert

Rentner bzw. Rentenantragsteller/in (Nicht Zutreffendes bitte streichen.)

**Nur auszufüllen, wenn nicht bereits Rente bezogen wird!**

### Mitgliedschaft in der Rentenversicherung

besteht nicht.

besteht bei \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift

\_\_\_\_\_   
Vers.-Nr. inkl. Postabrechnungs-Nr.

\_\_\_\_\_   
Anzahl der Beitragsmonate

## 2. Aufenthaltsverhältnisse vor Aufnahme in die Einrichtung

Die Angaben zu den Aufenthaltsverhältnissen vor Aufnahme in eine Einrichtung werden für die Feststellung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe benötigt. Sie sind deshalb genau (möglichst unter Angabe des jeweiligen Datums) zu dokumentieren. Von besonderer Bedeutung sind die Aufenthalte außerhalb einer Einrichtung **in den 2 Monaten, die dem jetzigen Aufenthalt vorangegangen sind.**

### Aufenthalt

	von	bis	Anschrift	Unterkunftsart	Landkreis/Bundesland	Grund des Aufenthaltswechsels
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Soweit Sie vor der Aufnahme in dieser Einrichtung bereits in einer anderen Einrichtung stationär betreut wurden, geben Sie hier bitte unter Angabe der o.a. Ziffer den Kostenträger an, der die Betreuungskosten für den vorangegangenen stationären Aufenthalt übernommen hat.

\_\_\_\_\_   
Welchen Ort bezeichnen Sie als den Mittelpunkt Ihrer Lebensbeziehungen, als Ihren gewöhnlichen Aufenthalt?

\_\_\_\_\_   
Warum bezeichnen Sie diesen Ort als Ihren Lebensmittelpunkt?

### 3. Einkommensverhältnisse

#### Einkommen

Ich habe

kein Einkommen.

Einkommen bis zum \_\_\_\_\_  Lohn / Gehalt vom Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Arbeitslosengeld I von der Agentur für Arbeit in \_\_\_\_\_

Grundsicherung für Arbeitsuchende (ALG II) von der Agentur für Arbeit/der Stadt/dem Landkreis in \_\_\_\_\_

Sozialgeld nach SGB II

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung vom Sozialamt in \_\_\_\_\_

Hilfe zum Lebensunterhalt vom Sozialamt in \_\_\_\_\_

Rente von der Deutschen Rentenversicherung in \_\_\_\_\_

Überbrückungsgeld durch die Justizvollzugsanstalt in \_\_\_\_\_

sonstige Einkünfte und zwar \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

(Bitte Art der Einkünfte angeben und Nachweise beifügen!)

in Höhe von monatlich / einmalig \_\_\_\_\_ € erhalten.

Bei der Aufnahme in die Einrichtung hatte ich (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Bargeld in Höhe von \_\_\_\_\_ €.

keinerlei Bargeld.

zur Verfügung.

### 4. Vermögensverhältnisse

#### Vermögen (bitte Nachweise beifügen)

Ich habe

kein Vermögen.

Kapitalvermögen (Girokonto, Sparbuch) in Höhe von € \_\_\_\_\_

Grundbesitz Verkehrswert in Höhe von € \_\_\_\_\_

Wertpapiere derzeitiger Depotwert in Höhe von € \_\_\_\_\_

sonstiges Vermögen in Höhe von € \_\_\_\_\_

(z.B. Rückkaufswert von Lebensversicherungen, Erbschaftsansprüche)

## 5. Sonstige Ansprüche

Bestehen sonstige Ansprüche ? (z. B: Unterhaltsansprüche, Lebensversicherung, private Unfallversicherung, Sterbegeldversicherung, Einsitzrecht, Altenteilsrecht, Leibrente etc.- wenn ja, bitte Höhe, Bezeichnung, ggf. Aktenzeichen / Versicherungsnummer und Anschrift der/des Verpflichteten angeben)

Nein

Ja

---

---

Bestehen Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder analog anzuwendender Gesetze (z.B. Soldatenversorgungs-  
Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Infektionsschutz-, Opferentschädigungsgesetz ?

Nein

Ja, und zwar

---

---

Besteht ein Beihilfeanspruch nach/analog den Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes? (Wenn ja, Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle angeben!)

Nein

Ja,

---

---

## 6. Angaben zu Angehörigen

Verwandtschaftsverhältnis	Familienname	Vorname	geb. am	Anschrift
Ehegatte/ Eingetr. Lebenspartner/in*				
Kind 1				
Kind 2				
Vater				
Mutter				

\* = Nicht zutreffendes bitte streichen!

## 7. Ansprüche gegen vorrangige Sozialleistungsträger

Nur ausfüllen bei nachfragenden Personen / Antragstellern im Alter von 18 bis 21 Jahren (und bei Anträgen auf Verlängerung der Leistungen über das 21. Lebensjahr hinaus )

**Antrag auf Übernahme der Kosten der Betreuung gemäß § 41 SGB VIII – Hilfen für junge Volljährige wurde**

nicht gestellt, weil

---

---

---

---

gestellt.

Eine Entscheidung des Jugendamtes in \_\_\_\_\_ liegt

vor. Kopie des Bescheides ist beigelegt.

liegt nicht vor.

## 8. Betreutes Wohnen nach HAG/SGB XII

Nur ausfüllen bei ambulanter Betreuung- aufgrund HAG/SGB XII-, wonach die sachliche Zuständigkeit nach dem Kriterium der Nichtsesshaftigkeit festgestellt wird.

**Die nachfragende Person / der/die Antragsteller/in ist zum Personenkreis der Nichtsesshaften\* zu zählen.**

ja

nein

**\*§ 4 der Verordnung zur Durchführung des § 72 BSHG in der bis zum 31.07.2001 geltenden Fassung:**

„Nichtsesshafte sind Personen, die ohne gesicherte Lebensgrundlage umherziehen oder die (Anm.: weil sie umhergezogen sind nun) sich zur Vorbereitung auf eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft oder zur dauernden persönlichen Betreuung in einer Einrichtung für Nichtsesshafte aufhalten“.

## 9. Begründung für die Notwendigkeit stationärer Leistungen

Nur ausfüllen bei Antrag auf stationäre Betreuung

**Erklärung der nachfragenden Person oder des/ der gesetzlichen Vertreters/in, falls diese/r Antragsteller/in ist:**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind- insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel- unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen. Durch meine Unterschrift auf der Anlage M (01 - 3 - 209 10.05) habe ich bestätigt, dass ich über meine Mitwirkungspflichten nach den §§ 60-67 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) informiert worden bin. Eine Ausfertigung der Anlage M habe ich erhalten.

Komme ich meinen Mitwirkungspflichten nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

Ich bin darüber informiert worden, dass im Falle der Bewilligung einer Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten Einkommen und Vermögen zur Deckung der Kosten des Lebensunterhaltes nach Maßgabe des SGB XII Elftes Kapitel und der vom Landeswohlfahrtsverband Hessen herausgegebenen Regelungen in Anspruch genommen wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der nachfragenden Person bzw. dessen/deren  
gesetzliche/n Vertreters/in

**Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen beim betreuenden Dienst bzw. der Einrichtung:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_