

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

Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Ersthilfeplan

(gemeinsam mit sozialem Träger)

Beantragte Hilfe: _____

Sozialdienst: _____

Leistungserbringer / Betreuungsanbieter: _____

Datum: _____

Nachfragende Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf, Schulabschluss (Nachweis bitte beifügen): _____

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 (freiwillig): _____

Gesetzliche Betreuung oder bevollmächtigte Person: (Nachweis bitte beifügen)

Name, Vorname: _____

PLZ, Ort, Straße: _____

Telefon, Fax: _____

E-Mail: _____

Aufgabenbereiche: _____

Schwerbehinderung nach SGB IX (Nachweis bitte beifügen)

Grad der Behinderung: _____ Prozent

Merkzeichen: _____

gültig bis: _____

Anmerkungen: _____

H:\Formular\502\Antrag_Leistungen_Ersthilfeplan_2021

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

Pflegegrad: _____

Anmerkungen: _____

Krankenkasse

Name der Krankenkasse: _____

Pflegeversicherung

bei dieser Krankenkasse: _____

PLZ, Ort, Straße: _____

Telefon, Fax: _____

E-Mail: _____

freiwillig versichert

pflichtversichert

familienversichert

privat versichert

§ 264 SGB V

Andere Sozialleistungen (Bescheide bitte beifügen)

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

| | bean- tragt | be- willigt | abge- lehnt | Leistungsträger |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| Arbeitslosengeld II | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jobcenter |
| Arbeitslosengeld I, ggf. Betrag: _____ Euro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arbeitsagentur |
| Rente/n: _____, ggf. Betrag: _____ Euro | <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 _____ Euro (z.B. BaFöG, Kindergeld) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

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"/> | _____ |

Mit den besonderen Lebensverhältnissen verbundene soziale Schwierigkeiten

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

Beschreibung in Stichworten)

Ausgrenzendes Verhalten des Antragsstellenden
oder eines Dritten im Zusammenhang

... mit der Erhaltung und Beschaffung
einer Wohnung

... mit der Erlangung und Sicherung eines
Arbeitsplatzes

... mit familiären oder anderen sozialen
Beziehungen

... mit Straffälligkeit

Beschreibung des Betreuungsbedarfs

Arbeits- und Problembereich

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

Ziele (möglichst mit Termin)

Beschreibung in Stichworten)

Lebensunterhalt, finanzielle Situation

Wohnsituation

Haushaltsführung

Medizinischer Status

Psychischer Status / Suchtproblematik

Schul- oder Berufs-Ausbildung / Arbeit

Rechtliches / Justiz

Familiäre, soziale und nachbarschaftliche
Beziehungen

Soziale Kompetenz

Notwendige Betreuungsform(en)

vollstationäre Hilfe

teilstationäre Hilfe

ambulant betreutes Wohnungen (in Wohnraum des Leistungserbringers / Betreuungsanbieters)

Anmerkungen:

Zusammenarbeit / Absprache

Fachdienste und Institutionen

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

Wie sieht die Zusammenarbeit aus?

Wer stellt den Kontakt her?

Agentur für Arbeit:

Jobcenter:

Arzt / Gesundheitsamt:

Suchtberatungsstelle:

Schuldnerberatungsstelle:

Sozialpsychiatrischer Dienst:

Bewährungshilfe:

Sonstige:

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