

antragstellende Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Eingangsvermerk/-stempel
--------------------------

Stadt Chemnitz  
 Sozialamt  
 Abt. Migration, Integration, Wohnen  
 09106 Chemnitz

Name: \_\_\_\_\_  
 AZ: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

## Antrag auf Hilfen im Rahmen des AMBULANT BETREUTEN WOHNENS gemäß § 67 SGB XII

Erstantrag       Folgeantrag

### Datenschutzrechtliche Hinweise:

Mit dem Antragsformular Teil 1 und Teil 2 erhebt der Kostenträger (Sozialamt Chemnitz als Leistungsträger) von Ihnen erforderliche Daten, um den Antrag auf eine Leistung des ambulant betreuten Wohnens nach §§ 9 und 67 SGB XII sozialhilferechtlich und fachlich abzuklären und Ihren individuellen Hilfebedarf zu ermitteln. Übermittelt werden dürfen Angaben von Ihnen nur, wenn ein Gesetz das vorschreibt oder zulässt oder sofern Sie als Antragsteller bzw. Ihr gesetzlicher Vertreter dazu das schriftliche Einverständnis erklärt haben. Die an der Beantragung der Leistung sowie an der Leistungserbringung beteiligten Personen und Stellen sind zur Einhaltung der Vorschriften zum Sozialdatenschutz gem. § 35 SGB I und §§ 67ff. SGB X verpflichtet. Nach § 60 SGB I ist der Antragsteller bzw. sein gesetzlicher Vertreter verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben (auch Unterlagen oder Beweismittel vorzulegen) und Veränderungen unverzüglich mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des Kostenträgers (Sozialamt Chemnitz) der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte (z. B. einen Leistungserbringer/ eine Einrichtung) einschließlich der Vorlage von Unterlagen durch diese zuzustimmen. Sofern Sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die beantragte Hilfe ganz oder teilweise versagt werden.

## TEIL 1

Datum und Ort der Erstellung des Fragebogens	
Geplante Aufnahme zum (Datum)	
Aufnahme bereits erfolgt am (Datum)	
Leistungserbringer (Name, Anschrift, Ansprechpartner/in)	

### 1 Antragstellende Person

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> aufgehobene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden seit: <input type="checkbox"/> verwitwet
Nationalität	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere, und zwar: Aufenthaltsstatus: (Kopie des Aufenthaltstitels ist beizufügen.)
Aktuelle Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	

**Erhalten Sie Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)?**

ja  nein

**Gesetzliche Betreuung / Bevollmächtigte/r:**

ja (*Betreuerausweis bitte beifügen*)  nein, derzeit keine  beantragt am: \_\_\_\_\_

<b>Name, Vorname</b>		
<b>Anschrift</b>		
<b>Umfang/Aufgaben</b>	<input type="checkbox"/> Gesundheitsorge <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt für:	<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Postangelegenheiten <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht

**2 Berufstätigkeit**

<b>zuletzt ausgeübte Tätigkeit</b>	bis:
<b>gegenwärtige Beschäftigung</b> <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	<input type="checkbox"/> angestellt bei: <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Arbeitsgelegenheit (nach SGB II – sogenannter 1-Euro-Job) <input type="checkbox"/> Ausbildung/Umschulung <input type="checkbox"/> Schüler/Student <input type="checkbox"/> berentet <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:

**3 Wohnsituation**

<b>Wohnsituation vor Maßnahmebeginn</b>	<input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> JVA <input type="checkbox"/> Obdachlosenunterkunft <input type="checkbox"/> stationäre Einrichtung <input type="checkbox"/> bei Freunden/Verwandten/Bekanntem <input type="checkbox"/> ohne Wohnraum (z. B. auch Abrisshäuser, Laube) <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:
<b>Es bestehen/ bestanden</b>	bis: <input type="checkbox"/> Mietschulden <input type="checkbox"/> Kündigung ausgesprochen <input type="checkbox"/> Kündigung angedroht <input type="checkbox"/> ungesicherter Wohnraum <input type="checkbox"/> mietwidriges Verhalten <input type="checkbox"/> Räumungsklage <input type="checkbox"/> unzumutbare Umstände, weil: <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:
<b>Gewöhnlicher Aufenthalt (gA)</b> <i>(Aufenthalt (Ort) in den letzten 2 Monaten vor Maßnahmebeginn bzw. vor in Anspruch genommenen Hilfen)</i>	<input type="checkbox"/> entsprechend Anschrift <input type="checkbox"/> in folgender stationärer Einrichtung ( <i>vollständige Anschrift der Einrichtung</i> ):  <input type="checkbox"/> 2 Monate vor letzter stationärer Einrichtung ( <i>vollständige Anschrift des Aufenthaltsortes</i> ):

#### 4 Gesundheitssituation

<b>Bestehen gesundheitliche Probleme?</b>	<input type="checkbox"/> ja, in Form von:
	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Angabe nicht möglich

#### 5 Genutzte Hilfeangebote in den letzten 2 Jahren

<b>Art des Hilfeangebotes</b>	<input type="checkbox"/> Ambulant betreutes Wohnen von: _____ bis: _____ bei Träger: _____
	<input type="checkbox"/> Angebote des örtlichen Sozialhilfeträgers
	<input type="checkbox"/> Angebote der Jugendhilfe (bei unter 27-Jährigen)
	<input type="checkbox"/> Schuldnerberatung
	<input type="checkbox"/> Suchtberatung
	<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____

#### 6 Soziales Netzwerk / Unterstützungssystem

<b>Gründe für soziale Isolation</b>	<input type="checkbox"/> familiäre Unterstützung fehlt
	<input type="checkbox"/> soziale Unterstützung fehlt (Beziehungsmangel bedingt den Mangel an sozialen Ressourcen)
	<input type="checkbox"/> subjektive Einsamkeit (wenn Beziehungsmangel/Kontaktarmut als unangenehm empfunden werden)

#### 7 Sonstiges / Ergänzungen

<b>Sonstiges</b>	
------------------	--

#### 8 Unterschrift Antrag

_____ Datum, Unterschrift antragstellende Person	_____ Datum, Unterschrift ggf. gesetzl. Vertreter/in bzw. Bevollmächtigte/r
---	--

#### 9 Einverständnis

Nach Kenntnisnahme der datenschutzrechtlichen Hinweise am Anfang des Antragsformulars erklärt sich der Antragsteller bzw. der gesetzliche Vertreter damit einverstanden, dass

1. der Leistungserbringer (die Einrichtung) das Antragsformular mit den erhobenen Daten (Original) an den Kostenträger weiterleitet
2. der Leistungserbringer (die Einrichtung) eine Kopie des Antragsformulars in die Dokumentation aufnimmt. Sofern die Einwilligung zu 1. nicht erteilt wird, muss der Antragsteller bzw. sein gesetzlicher Vertreter den Antrag selbst an das Sozialamt Chemnitz schicken.

Das Informationsblatt zum Datenschutz habe ich erhalten.

_____ Datum, Unterschrift antragstellende Person	_____ Datum, Unterschrift ggf. gesetzl. Vertreter/in bzw. Bevollmächtigte/r
---	--