

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 Abschlussbericht

Datum Beendigung der Hilfe

TEIL 2

9 Unterstützungsbedarf

9.1 Wohnen

Thema	Eigenkompetenz				Unterstützungsbedarf	
	nicht zutreffend	nicht vorhanden	teilweise vorhanden	vorhanden	ja	nein
Wohnungssuche / Einrichten der Wohnung	<input type="checkbox"/>					
Wohnungserhalt: regelmäßige Mietzahlung	<input type="checkbox"/>					
Wohnungserhalt: mietkonformes Verhalten	<input type="checkbox"/>					

9.2 Alltägliche Lebensgestaltung / Selbstversorgung

Thema	Eigenkompetenz				Unterstützungsbedarf	
	nicht zutreffend	nicht vorhanden	teilweise vorhanden	vorhanden	ja	nein
Inanspruchnahme von Leistungen	<input type="checkbox"/>					
Haushaltsführung/Hauswirtschaft/Ernährung	<input type="checkbox"/>					
Umgang mit Geld Bewältigung von Ver-/Überschuldung	<input type="checkbox"/>					

9.3 Tagesstruktur (Arbeit, Schule, Ausbildung)

Thema	Eigenkompetenz				Unterstützungsbedarf	
	nicht zutreffend	nicht vorhanden	teilweise vorhanden	vorhanden	ja	nein
Erlangung/Sicherung Schul-/Berufsausbildung	<input type="checkbox"/>					
Erlangung/Sicherung eines Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>					
Strukturierung der Tagesgestaltung/Freizeit	<input type="checkbox"/>					

9.4 Gesundheit / ärztliche Versorgung

Thema	Eigenkompetenz				Unterstützungsbedarf	
	nicht zutreffend	nicht vorhanden	teilweise vorhanden	vorhanden	ja	nein
Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung	<input type="checkbox"/>					
Inanspruchnahme von Sozialpsychiatrischem Dienst / Suchtberatungs- und -behandlungsstelle/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>					
Körperpflege / Hygiene	<input type="checkbox"/>					

9.5 Soziale Kontakte und Kompetenzen

Thema	Eigenkompetenz				Unterstützungsbedarf	
	nicht zutreffend	nicht vorhanden	teilweise vorhanden	vorhanden	ja	nein
Kontakt zu Familie, Freunden / Bekannten / Kollegen usw.	<input type="checkbox"/>					
Aufbau, Erhalt und Nutzen von Netzwerken, Kommunikationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>					
Umgang mit Konflikten	<input type="checkbox"/>					

9.6 Spezifische Lebensumstände

Thema	Eigenkompetenz				Unterstützungsbedarf	
	nicht zutreffend	nicht vorhanden	teilweise vorhanden	vorhanden	ja	nein
Entlassung aus Einrichtungen	<input type="checkbox"/>					
Überwindung gewaltgeprägter Lebensumstände	<input type="checkbox"/>					
Entwicklung einer tragfähigen Lebensperspektive	<input type="checkbox"/>					

9.7 Post, Ämter und Behörden

Thema	Eigenkompetenz				Unterstützungsbedarf	
	nicht zutreffend	nicht vorhanden	teilweise vorhanden	vorhanden	ja	nein
Umgang mit Postangelegenheiten	<input type="checkbox"/>					
Umgang mit Behördenangelegenheiten	<input type="checkbox"/>					
Erkennen von Konsequenzen	<input type="checkbox"/>					

Erläuterungen zu Teil 2

Wesentliche Angaben zum Grund der Antragstellung und / bzw. zum Unterstützungsbedarf
 Welche Umstände führen zum Wunsch nach Veränderung? (kurze Situationsdarstellung)

Welche Ziele sollen erreicht werden?

Durch welche Maßnahmen und in welchem Zeitraum sollen die Ziele erreicht werden?

(Bitte Ziele den einzelnen Bereichen aus 9. zuordnen. Bitte auf die wesentlichen und vordergründigen Maßnahmen und Ziele beschränken.)

Nr. (9.x)	Ziel	Maßnahme	Erreichen bis wann? (Orientierung)

Welche der im letzten Antrag gesetzten Ziele konnten nicht erreicht werden und was waren die Gründe dafür? (ggf. Datum Ende der Hilfe)

Dauer der beantragten Hilfe: _____

Ist eine eventuelle Suchtproblematik vorrangig zu bearbeiten?

*(Eine Suchtproblematik ist **KEIN** Ausschlusskriterium für eine abW nach § 67 SGB XII)*

nein

ja: Beeinträchtigt diese die Fähigkeit zur Mitwirkung im abW?

nein ja

Steht eine Therapie in Aussicht?

nein ja: vom: _____ voraussichtl. bis: _____

Kenntnisnahme und Bestätigung der Richtigkeit:

(Bei Folgeantrag und Abschlussbericht: Es sind keine wesentlichen Änderungen zum Teil 1 eingetreten. Falls doch – bitte noch Teil 1 ausfüllen.)

Datum, Unterschrift
antragstellende Person

Datum, Unterschrift
ggf. gesetzl. Vertreter/in bzw. Bevollmächtigte/r

Datum, Unterschrift
Leistungserbringer