

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnungserhalt: regelmäßige Mietzahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnungserhalt: mietkonformes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushaltsführung/Hauswirtschaft/Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Geld Bewältigung von Ver-/Überschuldung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erlangung/Sicherung eines Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturierung der Tagesgestaltung/Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inanspruchnahme von Sozialpsychiatrischem Dienst / Suchtberatungs- und -behandlungsstelle/ Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege / Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbau, Erhalt und Nutzen von Netzwerken, Kommunikationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Konflikten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überwindung gewaltgeprägter Lebensumstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung einer tragfähigen Lebensperspektive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Behördenangelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennen von Konsequenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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