

Landkreis Zwickau

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

Teil II

NAME:
AZ:
Datum:

<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Folgeantrag	<input type="checkbox"/> Abschlussbericht
-------------------------------------	--------------------------------------	---

9. Unterstützungsbedarf

	trifft nicht zu	kann	kann teilweise	kann nicht	trifft nicht zu	kann	kann teilweise	kann nicht	trifft nicht zu	kann	kann teilweise	kann nicht
1. Wohnen	Wohnungssuche/ Einrichten der Wohnung				Wohnungserhalt							
					Regelmäßige Mietzahlung				Mietkonformes Verhalten			
Eigenkompetenz ¹												
Unterstützungsbedarf ¹	ja		nein		ja		nein		ja		nein	
2. wirtschaftliche Lebensgrundlage	Bewältigung von Ver-/Überschuldung				Haushaltführung				Inanspruchnahme von Leistungen			
Eigenkompetenz ¹												
Unterstützungsbedarf ¹	ja		nein		ja		nein		ja		nein	
3. Arbeit	Erlangung/ Sicherung Schul-/ Berufsausbildung				Erlangung eines Arbeitsplatzes				Sicherung eines Arbeitsplatzes			
Eigenkompetenz ¹												
Unterstützungsbedarf ¹	ja		nein		ja		nein		ja		nein	
4. Gesundheit	Inanspruchnahme von SPDI ² /SBB ³ / Pflegedienst				Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung				Körperpflege			
Eigenkompetenz ¹												
Unterstützungsbedarf ¹	ja		nein		ja		nein		ja		nein	
5. Gestaltung sozialer Beziehungen	Kontakt zu Familienangehörigen				Kontakt zu Freunden/ Bekannten/ Kollegen usw.				Bewältigung familiärer Trennungssituationen			
Eigenkompetenz ¹												
Unterstützungsbedarf ¹	ja		nein		ja		nein		ja		nein	
6. Spezifische Lebensumstände	Entlassung aus Einrichtungen				Überwindung gewaltgeprägter Lebensumstände				Strukturierung der Tagesgestaltung			
Eigenkompetenz ¹												
Unterstützungsbedarf ¹	ja		nein		ja		nein		ja		nein	
7. Ressourcenstärkung	Entwicklung einer tragfähigen Lebensperspektive				Bewältigung der Hauswirtschaft				Entwicklung eigener Fähigkeiten			
Eigenkompetenz ¹												
Unterstützungsbedarf ¹	ja		nein		ja		nein		ja		nein	

¹ zutreffendes bitte ankreuzen

²SPDI – Sozialpsychiatrischer Dienst

³SBB – Suchtberatungs- und -behandlungsstelle

Landkreis Zwickau

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

Erläuterung zum Teil II¹

NAME:

AZ:

Datum:

Wesentliche Angaben zum Grund der Antragstellung und / bzw. zum Unterstützungsbedarf

Welche Ziele sollen erreicht werden?

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

(Bitte Ziele den einzelnen Bereichen zuordnen)

(Nur bei Folgeantrag und Abschlussbericht)

Welche Ziele konnten nicht erreicht werden und was waren die Gründe dafür?

Ist eine eventuelle Suchtproblematik vorrangig zu bearbeiten?

Ja

Nein

Kenntnisnahme und Bestätigung der Richtigkeit:

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

Antragsteller/in

ggf. gesetzliche/r Vertreter/in

Leistungserbringer

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

¹ Nicht mehr als eine A4 Seite schreiben / Bitte auf die wesentlichen und vordergründigen Maßnahmen und Ziele beschränken