

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

<sup>1</sup> zutreffendes bitte ankreuzen

<sup>2</sup>SPDI – Sozialpsychiatrischer Dienst

<sup>3</sup>SBB – Suchtberatungs- und -behandlungsstelle

# Landkreis Zwickau

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

### Erläuterung zum Teil II<sup>1</sup>

NAME:

AZ:

Datum:

### Wesentliche Angaben zum Unterstützungsbedarf

#### Welche wesentlichen Ziele sollen erreicht werden?

*(Maßnahmen und Zeitschiene zur Zielerreichung sind in einem gesonderten Hilfeplan [Teil III] zu erfassen und werden in der Regel mit Erstbewilligung abgefordert.)*

*(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