

## Antrag auf Hilfen im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens gemäß § 67 SGB XII Teil III

**Hilfeplan** für ..... Geb.-Datum: ..... zum Erstantrag vom .....  
zum Folgeantrag vom .....

Ziff.	Lebensbereich			
1	Wohnen			
	Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante Leistung sind			
	Ziele/Teilziele	was/Maßnahme	wer	mit wem <sup>1</sup>
				(bis) wann

<sup>1</sup> Benennung von Kooperationspartnern, Institutionen oder Einzelpersonen

2 Wirtschaftliche Lebensgrundlage				
Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante Leistung sind				
Ziele/Teilziele	was/Maßnahme	wer	mit wem <sup>1</sup>	(bis) wann
3 Arbeit				
Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante Leistung sind				
Ziele/Teilziele	was/Maßnahme	wer	mit wem <sup>1</sup>	(bis) wann

<sup>1</sup> Benennung von Kooperationspartnern, Institutionen oder Einzelpersonen

4 Gesundheit				
Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante Leistung sind				
Ziele/Teilziele	was/Maßnahme	wer	mit wem <sup>1</sup>	(bis) wann
5 Gestaltung sozialer Beziehungen				
Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante Leistung sind				
Ziele/Teilziele	was/Maßnahme	wer	mit wem <sup>1</sup>	(bis) wann

<sup>1</sup> Benennung von Kooperationspartnern, Institutionen oder Einzelpersonen

6 Spezifische Lebensumstände				
Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante Leistung sind				
Ziele/Teilziele	was/Maßnahme	wer	mit wem <sup>1</sup>	(bis) wann
7 Ressourcenstärkung				
Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante Leistung sind				
Ziele/Teilziele	was/Maßnahme	wer	mit wem <sup>1</sup>	(bis) wann

<sup>1</sup> Benennung von Kooperationspartnern, Institutionen oder Einzelpersonen

8 Sonstiges				
Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante Leistung sind				
Ziele/Teilziele	was/Maßnahme	wer	mit wem <sup>1</sup>	(bis) wann

Über die Erhebung, Speicherung und Weitergabe von Informationen im Rahmen **des Hilfeplans für die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten** sowie dessen Durchführung bin ich informiert worden. Mir ist bekannt, dass der **Hilfeplan** für den zuständigen Sozialhilfeträger zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für die von mir/in meinem Auftrag beantragten Leistungen der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII)-Sozialhilfe- erforderlich ist. Mit diesem Verfahren bin ich einverstanden und entbinde die beteiligten Mitarbeiter/innen von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die Durchführung des **Hilfeplans** für die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten bzw. die Bearbeitung meines Antrages durch den Träger der Sozialhilfe erforderlich ist.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum  
 Unterschrift  
 Nachfragende Person/AntragstellerIn

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum  
 Unterschrift des/der zuständigen Mitarbeiters/in  
 (Leistungserbringer)

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum  
 Unterschrift des/der zuständigen Sozialarbeiters/in  
 des Leistungsträgers (nur bei Folgeantrag)

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des/der zuständigen Sachbearbeiters/in  
 des Leistungsträgers (nur bei Folgeantrag)

<sup>1</sup> Benennung von Kooperationspartnern, Institutionen oder Einzelpersonen