

# Antrag

auf Bewilligung von Leistungen der Hilfe zur  
Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten  
nach den §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch (SGB)  
Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe -

- Betreutes Wohnen ab \_\_\_\_\_
- Stationäre Betreuung ab \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_

Einrichtung bzw. betreuender Dienst

## 1. Angaben zu der nachfragenden Person

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort (ggf. letzter Wohnort vor Aufnahme in die Einrichtung)	
Staatsangehörigkeit		Aufenthaltsstatus (Bitte Kopie beifügen.)	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers			
<b>Familienstand</b>			
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft			
<input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet			
seit: _____ <input type="checkbox"/> unbekannt			
Unterhaltsverpflichtung für _____			
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r (Bitte Kopie der Vollmacht beifügen.)			
<input type="checkbox"/> Rechtliche/r Betreuer/in			
<input type="checkbox"/> Ja Wirkungskreis:		<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten		<input type="checkbox"/> Aufenthalt	
<input type="checkbox"/> Gesundheit		<input type="checkbox"/> Vermögen	
<input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt für: _____			
Name: _____		Vorname: _____	
Straße/Hausnr.: _____		PLZ, Ort: _____	
Telefon/Faxnummer: _____		E-Mail Adresse: _____	
Bestellung durch Amtsgericht: _____			
(Bitte Kopie beifügen. Aus den Unterlagen muss der Wirkungskreis hervorgehen.)			

**(Nur auszufüllen, wenn eine stationäre Betreuung beantragt wird.)**

Dauerhaft volle Erwerbsminderung wurde durch den Träger der Rentenversicherung  
in \_\_\_\_\_ festgestellt.

**(Bitte Kopie des Bescheides über die dauerhaft volle Erwerbsminderung beifügen.)**

Pflegegrad bei der zuständigen Pflegekasse wurde am \_\_\_\_\_ beantragt.

Die Pflegekasse hat den Pflegegrad \_\_\_\_\_ festgestellt.

**(Bitte Kopie des Bescheides der Pflegekasse beifügen.)**

Schwerbehindertenausweis wurde ausgestellt/beantragt?

nein     ja - ausgestellt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_ GdB: \_\_\_\_\_

**Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen.**

beantragt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

### **Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung**

besteht nicht.

besteht bei \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift

pflichtversichert                       freiwillig versichert                       nach § 264 (2) SGB V angemeldet

Familienversichert als Familienangehörige/r des \_\_\_\_\_

privat versichert

Rentner bzw. Rentenantragsteller/in

**Nur auszufüllen, wenn nicht bereits Rente bezogen wird.**

### **Mitgliedschaft in der Rentenversicherung**

besteht nicht.

besteht bei \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift

\_\_\_\_\_ Vers.-Nr.

## 2. Aufenthaltsverhältnisse vor Antragstellung

Die Angaben zu den Aufenthaltsverhältnissen vor Antragstellung werden für die Feststellung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe benötigt. Sie sind deshalb genau (möglichst unter Angabe des jeweiligen Datums) zu dokumentieren. Von besonderer Bedeutung sind die Aufenthalte außerhalb einer Einrichtung **in den 2 Monaten, die dem jetzigen Aufenthalt vorangegangen sind.**

Aufenthalt

von	bis	Anschrift	Unterkunftsart	Landkreis/ Bundesland	Grund des Aufenthaltswechsels
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Soweit Sie vor der Aufnahme in dieser Einrichtung bereits in einer anderen Einrichtung stationär betreut wurden, geben Sie hier bitte unter Angabe der o.a. Ziffer den Kostenträger an, der die Betreuungskosten für den vorangegangenen stationären Aufenthalt übernommen hat.

---

Welchen Ort bezeichnen Sie als den Mittelpunkt Ihrer Lebensbeziehungen, als Ihren gewöhnlichen Aufenthalt?

---

Warum bezeichnen Sie diesen Ort als Ihren Lebensmittelpunkt?

---

### 3. Angaben zu Angehörigen

Verwandtschaftsverhältnis	Familienname	Vorname	geb. am	Anschrift
<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> geschiedener/getrennt lebender Ehegatte <input type="checkbox"/> eingetragene/r Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Partner/in			<input type="checkbox"/> unbekannt	
Kind 1			<input type="checkbox"/> unbekannt	
Kind 2			<input type="checkbox"/> unbekannt	
Kind 3			<input type="checkbox"/> unbekannt	
Kind 4			<input type="checkbox"/> unbekannt	
Vater			<input type="checkbox"/> unbekannt	
Mutter			<input type="checkbox"/> unbekannt	

#### 4. Einkommensverhältnisse (Nur auszufüllen, wenn eine stationäre Betreuung beantragt wird.)

##### Ich habe

Lohn/Gehalt vom Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Einkommen beantragt, und zwar \_\_\_\_\_  
(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Einkommen  
(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Arbeitslosengeld I von der Agentur für Arbeit in \_\_\_\_\_

in Höhe von monatlich \_\_\_\_\_ € erhalten.

Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende vom Jobcenter der Stadt/des Landkreises in \_\_\_\_\_

in Höhe von monatlich \_\_\_\_\_ € erhalten.

Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 2 nach SGB II

in Höhe von monatlich \_\_\_\_\_ € erhalten.

Grundsicherung im Alter u. bei Erwerbsminderung vom Sozialamt in \_\_\_\_\_

in Höhe von monatlich \_\_\_\_\_ € erhalten.

Hilfe zum Lebensunterhalt vom Sozialamt in \_\_\_\_\_

in Höhe von monatlich \_\_\_\_\_ € erhalten.

Rente von der Deutschen Rentenversicherung in \_\_\_\_\_

in Höhe von monatlich \_\_\_\_\_ € erhalten.

Überbrückungsgeld durch die Justizvollzugsanstalt in \_\_\_\_\_

in Höhe von einmalig \_\_\_\_\_ € erhalten.

sonstige Einkünfte und zwar \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

in Höhe von monatlich / einmalig \_\_\_\_\_ € erhalten.

(Bitte Art der Einkünfte angeben und Nachweise beifügen.)

kein Einkommen.

Ich habe folgende Versicherungen: \_\_\_\_\_

Ich habe folgende Schuldverpflichtungen: \_\_\_\_\_

(Bitte Kopie der Nachweise beifügen.)

## 5. Vermögensverhältnisse (Nur auszufüllen, wenn eine stationäre Betreuung beantragt wird.)

### Vermögen (Bitte Kopien beifügen.)

Ich habe

- Kapitalvermögen (Girokonto, Sparbuch) in Höhe von € \_\_\_\_\_
- Grundbesitz Verkehrswert in Höhe von € \_\_\_\_\_
- Wertpapiere derzeitiger Depotwert in Höhe von € \_\_\_\_\_
- sonstiges Vermögen in Höhe von € \_\_\_\_\_  
(z. B. Rückkaufswert von Lebensversicherungen, Erbschaftsansprüche)

kein Vermögen.

## 6. Sonstige Ansprüche

Bestehen sonstige Ansprüche (z. B. Unterhaltsansprüche, Lebensversicherung, private Unfallversicherung, Sterbegeldversicherung, Einsitzrecht, Altenteilsrecht, Leibrente, Schadensersatzansprüche)? Wenn ja, bitte Höhe, Bezeichnung, ggf. Aktenzeichen / Versicherungsnummer und Anschrift der/des Verpflichteten angeben)

Nein

Ja

Bestehen Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder analog anzuwendender Gesetze (z.B. Soldatenversorgungs-, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Infektionsschutz-, Opferentschädigungsgesetz?)

Nein

Ja, und zwar

Besteht ein Beihilfeanspruch nach/analog den Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes? (Wenn ja, Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle angeben.)

Nein

Ja

## 7. Ansprüche gegen Sozialleistungsträger nach dem SGB VIII (Jugendamt)

Nur ausfüllen bei nachfragenden Personen / Antragstellern im Alter von 18 bis 21 Jahren (und bei Anträgen auf Verlängerung der Leistungen über das 21. Lebensjahr hinaus)

**Antrag auf Übernahme der Kosten der Betreuung gemäß § 41 SGB VIII - Hilfen für junge Volljährige wurde**

nicht gestellt, weil

gestellt.

Eine Entscheidung des Jugendamtes in \_\_\_\_\_ liegt

vor. Kopie des Bescheides ist beigelegt.

liegt nicht vor.

## 8. Vorliegen persönlicher Anspruchsvoraussetzungen

### 8.1 Besondere Lebensverhältnisse bestehen in Form von:

- fehlender oder nicht ausreichender Wohnung
- ungesicherter wirtschaftlicher Lebensgrundlage
- gewaltgeprägten Lebensumständen
- Entlassung aus einer geschlossenen Einrichtung
- sonstigen vergleichbaren nachteiligen Umständen

### 8.2 Soziale Schwierigkeiten liegen vor, weil: (Text in Stichworten)

, die ich aus eigener Kraft nicht überwinden kann.

### 8.3 Hilfebedarfe

- Bewältigung der Alltagssituation
- Erhaltung oder Beschaffung einer Wohnung
- Ungesicherte wirtschaftliche Lebensgrundlage
- Schulden
- Erlangung und Sicherung eines Arbeitsplatzes und/oder eines Ausbildungsplatzes
- Teilhabe an der Gemeinschaft/Gesellschaft, familiäre und andere soziale Beziehungen
- Gesundheitliche Schwierigkeiten
- Belastungssituation/gewaltgeprägte Lebensumstände/strafrechtliche Konfliktsituation
- Bewältigung administrativer Angelegenheiten
- Sonstiges (Bitte erläutern.)

## **9. Anlage S (01-3-214) - nur bei stationärer Betreuung -**

Die beigefügte Begründung der Einrichtung für die Notwendigkeit stationärer Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen.

## **10. Erklärung der nachfragenden Person oder des/der gesetzlichen Vertreters/in, falls diese/r Antragsteller/in ist:**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel – unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen. Durch meine Unterschrift auf der diesem Antrag beigefügten Anlage M (01-3-209) habe ich bestätigt, dass ich über meine Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 - 67 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) informiert worden bin. Eine weitere Ausfertigung der Anlage M habe ich erhalten.

Komme ich meinen Mitwirkungspflichten nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich im Falle der Bewilligung einer stationären Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten Einkommen und Vermögen zur Deckung der Kosten des Lebensunterhaltes nach Maßgabe des SGB XII - Elftes Kapitel - und der vom Landeswohlfahrtsverband Hessen herausgegebenen Regelungen einsetzen muss.

## **11. Informationen zum Datenschutz**

Die gesonderten Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten des LWV Hessen nach Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit § 82 und 82a SGB X (hier abrufbar: <https://www.lwv-hessen.de/datenschutzerklaerung/datenschutzhinweise-leistungen-rgb-xii/>) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung und Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung im Rahmen der §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) - Sozialverfahren und Sozialdatenschutz - gespeichert und verarbeitet werden (können).

## 12. Angaben zur Überweisung von Barleistungen

Sofern von Seiten des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen ergänzende unterhaltssichernde Leistungen gezahlt werden, bitte ich um Überweisung auf

das Konto der betreuenden Einrichtung, die mir die Beträge auszahlen wird.

mein Konto

bei folgendem Geldinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der nachfragenden Person bzw.  
deren gesetzliche/n Vertreters/in bzw.  
Bevollmächtigten

**Ansprechpartner/in für eventuelle Rückfragen beim betreuenden Dienst bzw. der Einrichtung:**

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_