

Eingangsstempel Behörde:

Bitte Rücksendung an:

Landratsamt Karlsruhe
Dezernat III
Amt für Versorgung und Rehabilitation
76126 Karlsruhe

Antrag auf Sozialhilfe nach §§ 67 ff SGB XII

Bitte beachten: Um Rückfragen und damit verbundene zeitliche Verzögerungen zu vermeiden, bitten wir Sie, alle Fragen mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten bzw. Entsprechendes anzukreuzen. Unvollständige Angaben können sich nachteilig auf Ihre Leistungsgewährung auswirken.

**Ich beantrage Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten ab
in folgender Einrichtung:**

I. Angaben zur Person  **Bitte Nachweise - Personalausweis - in Kopie beifügen**

Name (ggf. auch Geburtsname)

Vorname

Geburtsdatum/ -ort:

Staatsangehörigkeit (bei Ausländern bitte Aufenthaltstitel beifügen)

Einreisedatum (nur bei Ausländern)

Familienstand

ledig verheiratet geschieden getrennt lebend verwitwet

seit:

Schwerbehindertenausweis

ja  **Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen**

nein

Letzte Meldeadresse:

bis (Datum)

Gesetzlicher Betreuer/Betreuerin ja  **Bitte Name und Adresse angeben**

nein

Name

Vorname

Adresse

II. Einkommen  Bitte jeweils Nachweise in Kopie beifügen		
Art des mtl. Nettoeinkommens		
Arbeitnehmertätigkeit (Lohn, Gehalt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Euro
Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Euro
Rentenversicherungsträger:		Versicherungsnummer:
Altersrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Euro
Rentenversicherungsträger:		Versicherungsnummer:
Sonstige Renten (z. B. Waisenrente)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Euro
Art:		
Rentenversicherungsträger:		Versicherungsnummer:
Krankengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Euro
Krankenkasse:		KV-Nummer:
Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Euro
Arbeitsagentur:		Kundennummer:
Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Euro
Jobcenter:		BG-Nummer:
Überbrückungsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Euro
Rentenversicherungsträger:		Versicherungsnummer:
Kindergeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Euro
Familienkasse:		Kundennummer:
Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Euro
Sozialamt:		Aktenzeichen:
Sonstiges Einkommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Euro
Art:		
Wovon haben Sie zuletzt Ihren Lebensunterhalt bestritten?		

III. Vermögen  Bitte jeweils Nachweise in Kopie beifügen		
Spar- und /oder Bankguthaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Euro
IBAN:		BIC:
Ich verfüge über Bargeld:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Höhe: Euro
Ich habe Haus und Grundbesitz:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wert: Euro
Art, Grundbuchdaten:		
Weiteres Vermögen oder Ansprüche:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wert: Euro
Art:		
In den letzten 10 Jahren habe ich folgendes Vermögen verschenkt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Höhe: Euro
Art:		

IV. Zahlungsverpflichtungen		
Unterhaltsverpflichtungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Höhe: Euro
Art:		
Schulden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Höhe: Euro
Art:		
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Höhe: Euro
Art:		

V. Krankenversicherung	
Zuletzt krankenversichert bei:	
als <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentner	
<input type="checkbox"/> familienversichert bei	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

VI. Rentenversicherung

Zuletzt rentenversichert bei:

VII. Familienangehörige (Eltern, Ehegatten, Kinder) Bitte Name, Geb.-Datum, Adresse angeben

Eltern:

Name	Vorname	Geb. Datum
------	---------	------------

Adresse:

Name	Vorname	Geb. Datum
------	---------	------------

Adresse:

Ehegatte/Lebenspartner:

Name	Vorname	Geb. Datum
------	---------	------------

Adresse:

Kinder:

1.	Name	Vorname	Geb. Datum
----	------	---------	------------

Adresse:

2.	Name	Vorname	Geb. Datum
----	------	---------	------------

Adresse:

3.	Name	Vorname	Geb. Datum
----	------	---------	------------

Adresse:

4.	Name	Vorname	Geb. Datum
----	------	---------	------------

Adresse:

5.	Name	Vorname	Geb. Datum
----	------	---------	------------

Adresse:

VIII. Berufliche Situation		
Höchster Schulabschluss:		im Jahr
Erlerner Beruf:		Ausbildung beendet:
Ausgeübte Tätigkeit der letzten 2 Jahre bei Arbeitgeber:		
1.		von - bis
2.		von - bis
3.		von - bis
4.		von - bis
5.		von - bis
Restlohnansprüche: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bei:		

IX. Aufenthaltsverhältnisse der letzten 2 Monate vor Aufnahme			 bitte möglichst exakt
1.	Zeitraum:	Anschrift:	
	Unterkunftsart:	Bemerkungen:	
2.	Zeitraum:	Anschrift:	
	Unterkunftsart:	Bemerkungen:	
3.	Zeitraum:	Anschrift:	
	Unterkunftsart:	Bemerkungen:	
4.	Zeitraum:	Anschrift:	
	Unterkunftsart:	Bemerkungen:	

Beurteilung durch die Einrichtung:

1. Besondere soziale Schwierigkeiten

1.1 Lebenslage des Antragstellers:

Wohnungslosigkeit seit:

Straßenerfahrung seit:

Arbeitslosigkeit seit:

Schulden

psychische Beeinträchtigung/Erkrankung

kognitive Einschränkungen

körperliche Einschränkungen/Erkrankungen

Suchtmittelabhängigkeit von:

Straffälligkeit zuletzt:

Haftentlassung am:

schwierige / keine familiäre Beziehungen

belastende / schwierige soziale Beziehungen

alleinlebend / Isolation

ungesicherte Lebensverhältnisse

keine eigenständige Haushaltsführung möglich

noch nie alleine gewohnt

keine schulische/berufliche Qualifikation

Entlassung aus staatlicher Einrichtung - wo zuletzt:

Sonstiges

Raum für Anmerkungen:

2. Erforderliche Maßnahmen der ersten 8 Wochen	
<input type="checkbox"/> Grundversorgung (Unterkunft, Nahrung, Kleidung, Hygiene)	<input type="checkbox"/> Wohnungssuche
<input type="checkbox"/> Situationsabklärung	<input type="checkbox"/> Tagesstrukturierung
<input type="checkbox"/> Existenzsicherung	<input type="checkbox"/> Geldverwaltung
<input type="checkbox"/> psychosoziale Stabilisierung	<input type="checkbox"/> Jobsuche
<input type="checkbox"/> Weitervermittlung	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Raum für Anmerkungen:	

2.1 Vermittlung, Kooperation mit:		
<input type="checkbox"/> Sozialamt	<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Bewährungshelfer
<input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Psychiater	<input type="checkbox"/> Familie/Partner
<input type="checkbox"/> Stadtverwaltung	<input type="checkbox"/> Jugendamt	<input type="checkbox"/> Schuldnerberatung
<input type="checkbox"/> Jobcenter	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> Vermieter	
Raum für Anmerkungen:		

2.2 Bereits bestehende Kontakte:		
<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Bewährungshilfe	<input type="checkbox"/> Schuldnerberatung	
<input type="checkbox"/> Psychiater	<input type="checkbox"/> Jugendamt	
Raum für Anmerkungen:		

<u>Wichtiger Hinweis</u>	
Erklärung des Antragstellers:	
Die im Antrag gemachten Angaben habe ich vollständig und richtig gemacht. Mir ist bekannt, dass ich mich durch unrichtige und unvollständige Angaben wegen Betrugs strafbar machen kann. (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug)	
<p>----- Ort, Datum</p> <p>-----</p>	
----- Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin	----- Unterschrift Mitarbeiter/in Einrichtung