

**Antrag auf Leistungen nach §§ 67, 68 SGB XII**  
**Ersthilfeplan**

Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Ersthilfeplan

(gemeinsam mit sozialem Träger)

Beantragte Hilfe: \_\_\_\_\_

Sozialdienst: \_\_\_\_\_

Leistungserbringer / Betreuungsanbieter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Nachfragende Person**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf, Schulabschluss (Nachweis bitte beifügen): \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus (Ausländer): \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

Telefon (freiwillig): \_\_\_\_\_

E-Mail (freiwillig): \_\_\_\_\_

Bankverbindung (freiwillig): \_\_\_\_\_

Angehörige (Kinder, Eltern,  
Ehegatten, Lebenspartner): \_\_\_\_\_

Umgangsregelung mit  
getrennt lebenden Kindern: \_\_\_\_\_

Hausärztliche Praxis (freiwillig): \_\_\_\_\_

**Gesetzliche Betreuung oder bevollmächtigte Person:** (Nachweis bitte beifügen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

Telefon, Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Aufgabenbereiche: \_\_\_\_\_

**Schwerbehinderung nach SGB IX** (Nachweis bitte beifügen)

Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ Prozent

Merkzeichen: \_\_\_\_\_

gültig bis: \_\_\_\_\_

Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

H:\Formular\502\Antrag\_Leistungen\_Ersthilfeplan\_2021

**Pflegebedürftigkeit nach SGB XI** (Vorliegende Arztberichte und Pflegegutachten bitte beifügen)

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Krankenkasse**

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Pflegeversicherung

bei dieser Krankenkasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

Telefon, Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

freiwillig versichert

pflichtversichert

familienversichert

privat versichert

§ 264 SGB V

**Andere Sozialleistungen** (Bescheide bitte beifügen)

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

	bean- tragt	be- willigt	abge- lehnt	Leistungsträger
Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jobcenter
Arbeitslosengeld I, ggf. Betrag: _____ Euro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeitsagentur
Rente/n: _____, ggf. Betrag: _____ Euro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maßnahmen zur Beschäftigungsförderung oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB II:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen der Jugendhilfe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Leistungen: _____, ggf. Betrag _____ Euro (z.B. BaFöG, Kindergeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Art der besonderen Lebensverhältnisse**

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

		Beschreibung in Stichworten
fehlende oder nicht ausreichende Wohnung	<input type="checkbox"/>	_____
ungesicherte wirtschaftliche Lebensgrundlage	<input type="checkbox"/>	_____
gewaltgeprägte Lebensumstände	<input type="checkbox"/>	_____
Entlassung aus einer geschlossenen Einrichtung z.B. Klinik, Psychiatrie, Haft	<input type="checkbox"/>	_____
vergleichbare nachteilige Umstände	<input type="checkbox"/>	_____

**Mit den besonderen Lebensverhältnissen verbundene soziale Schwierigkeiten**

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

Beschreibung in Stichworten

Ausgrenzendes Verhalten des Antragsstellenden  
oder eines Dritten im Zusammenhang

... mit der Erhaltung und Beschaffung  
einer Wohnung

---

... mit der Erlangung und Sicherung eines  
Arbeitsplatzes

---

... mit familiären oder anderen sozialen  
Beziehungen

---

... mit Straffälligkeit

---

**Beschreibung des Betreuungsbedarfs**

Arbeits- und Problembereich

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

Ziele (möglichst mit Termin)

Beschreibung in Stichworten

Lebensunterhalt, finanzielle Situation

---

Wohnsituation

---

Haushaltsführung

---

Medizinischer Status

---

Psychischer Status / Suchtproblematik

---

Schul- oder Berufs-Ausbildung / Arbeit

---

Rechtliches / Justiz

---

Familiäre, soziale und nachbarschaftliche  
Beziehungen

---

Soziale Kompetenz

---

**Notwendige Betreuungsform(en)**

vollstationäre Hilfe

teilstationäre Hilfe

ambulant betreutes Wohnungen (in Wohnraum des Leistungserbringers / Betreuungsanbieters)

Anmerkungen:

---

---

**Zusammenarbeit / Absprache**

Fachdienste und Institutionen

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

Wie sieht die Zusammenarbeit aus?

Wer stellt den Kontakt her?

Agentur für Arbeit:

---

Jobcenter:

---

Arzt / Gesundheitsamt:

---

Suchtberatungsstelle:

---

Schuldnerberatungsstelle:

---

Sozialpsychiatrischer Dienst:

---

Bewährungshilfe:

---

Sonstige:

---

## Erklärungen

### *Erklärung der nachfragenden Person*

Bei der Erstellung des Antrags / Hilfeplans

habe ich mitgewirkt

Ich bin damit einverstanden, dass jeder der

Beteiligten den Antrag / Hilfeplan erhält.

Ich bin mit der Vorlage des Antrags / Hilfeplans

beim zuständigen Sozialhilfeträger einverstanden

Ich arbeite an der Veränderung meiner jetzigen

Lebenssituation und erkläre mich bereit, bei der

Umsetzung des Hilfeplans nach meinen

Möglichkeiten mitzuwirken

Die beantragte Hilfe entspricht meinem Wunsch

---

Datum, Unterschrift (nachfragende Person)

---

Datum, Unterschrift (Sozialdienst)

### *Gemeinsame Erklärung der Beteiligten*

Die am Hilfeprozess beteiligten Partner/innen bekunden ihren Willen zur Einhaltung der Absprachen. Deshalb überprüfen sie, ob sie die getroffenen Absprachen auch in den vereinbarten Zeiträumen verwirklichen und erreichen können.

---

Datum, Unterschrift (nachfragende Person)

---

Datum, Unterschrift  
(gesetzliche Betreuung / bevollmächtigte Person)

---

Datum, Unterschrift  
(Leistungserbringer / Betreuungsanbieter)

---

Datum, Unterschrift (Sozialhilfeträger)

### **Verteiler:**

- nachfragende Person
- gegebenenfalls gesetzlicher Betreuer / bevollmächtigte Person
- Sozialhilfeträger
- Leistungserbringer / Betreuungsanbieter
- empfohlen: persönlicher Ansprechpartner des Jobcenters