

<b>I) Lebensverlauf und Wohnverhältnisse in der Vergangenheit und heute</b>	
Jahr	Lebensverlauf/Wohnsituation
Aktuelle Wohnsituation	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> in einer Partnerschaft <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Kinder	<input type="checkbox"/> Keine Kinder <input type="checkbox"/> Kinder: Anzahl: _____, davon im Haus lebend: _____ Geburtsdaten: _____
<b>II) Schulische Laufbahn/berufliche Situation</b>	
Schulabschluss vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Berufsabschluss vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erreichter Schulabschluss	
Weitere Bildungsabschlüsse	
Erlerner Beruf	
Zuletzt ausgeübte/r Beruf oder Beschäftigung	
Arbeits-/berufsfördernde Maßnahmen	
Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse	
Sonstiges	
Jahr	Arbeitsverhältnisse
<b>III) Gesundheit</b>	
Aktuelle Diagnose nach ICD 10 (bitte Arztberichte beifügen)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden
Art der Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> seelisch <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> Sinnesbeeinträchtigung
Mögliche Verursachung durch Dritte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch: _____
<b>IV) Umweltfaktoren</b>	
Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1906 BGB	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch Beschluss vom: _____ Befristet bis: _____ Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen: _____

Verfügbare Ressourcen	Hilfsprodukte und Hilfsmittel <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
<b>V) Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger</b>		
Art	Inanspruchnahme (Namen, Ansprechpartner, Telefon, ggf. Aktenzeichen, Leistungsumfang)	
<input type="checkbox"/> Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)		
<input type="checkbox"/> Sozialraum		
<input type="checkbox"/> Sozialberatung		
<input type="checkbox"/> Schuldnerberatung		
<input type="checkbox"/> Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)		
<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst		
<input type="checkbox"/> Suchtberatung		
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III)		
<input type="checkbox"/> Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)		
<input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege (SGB V)		
<input type="checkbox"/> Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)		
<input type="checkbox"/> Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) z.B. Krankengymnastik		
<input type="checkbox"/> Institutsambulanz (SGB V)		
<input type="checkbox"/> Psychotherapie (SGB V), sonstige therapeutische Unterstützung		
<input type="checkbox"/> Berufliche und/oder medizinische Rehabilitation		
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)		
<input type="checkbox"/> Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)		
<input type="checkbox"/> Integrationsfachdienst (SGB IX)		
<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII)		

<input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)	
<input type="checkbox"/> Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII)	
<input type="checkbox"/> Mobilitätshilfen (SGB XII)	
<input type="checkbox"/> Leistungen nach KOF/KOV (z.B. Opferentschädigung)	
<input type="checkbox"/> sonstige Hilfen	
Bezugsperson, Person des Vertrauens	Name, Vorname _____ Anschrift _____ _____ _____ Telefonnummer: _____ Art der Beziehung: _____ _____

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in