



Grundantrag / Grunddaten

- Erstantrag**
 Weiterbewilligung

Aufnahmedatum

Aufgenommen durch
(bitte in Druckbuchstaben)

SBH

Telefonnummer
Sachbearbeitung

Persönliches

Familienname /
ggf. Geburtsname

Person-Nr. 1

Vorname(n)

Geschlecht M
 W

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand

Seit:

Stellung zu weiterer
Person im Haushalt

Staatsangehörigkeit

Aufenthaltstitel /
Aufenthaltsstatus

Aufenthalt bis:

Sprachmittler/In
erforderlich Nein Ja

Wenn ja, Sprache

Schwerbehinderung Nein Ja, Grad: _____ %

Merkzeichen lt.
Ausweis

Wohnhaft

Straße, HausNr.,
Zusätze (c/o)

Postleitzahl, Ort

seit

**Kranken- und
Pflegeversicherung**

Krankenkasse /
Pflegekasse

Mitgliedsart gesetzlich privat
 familienvers freiwillig
 GMG unversichert

Mitgliedsnummer

Sonstiges:

Sozialversicherungs-
nummer

ggf. Pflegestufe

**Erwerbstätigkeit &
Erwerbsfähigkeit**

Schulabschluss

Beruf (-abschluss)

Erwerbsminderung Nein Ja, zu 100 %

Ja, zu % bzw. Arbeitsfähig
pro Tag _____ h

Befristung der
Erwerbsminderung Nein Ja,

Befristet bis:

Aktuelle Tätigkeit /
Schulbesuch

Aktuelle Arbeitsstelle
(falls beruhtätig)

Arbeitszeit
(in Wochenstunden)

Steueridentifikations-
nummer

Erreichbarkeit

Telefon

Mobil

E-Mail-Adresse

**Gesetzl. Betreuung /
Vormund / Sorgerecht**

Familienname /
Institution

Vorname

Für Person Nr.

Anschrift

Telefon / Mobil /
E-Mail-Adresse

Situation

Teambildung gewünscht mit:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sozialpädagogische Beratung
<small>Bezirkssozialarbeit</small> | <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem SGB II
<small>Grundsicherung für Arbeitssuchende, Arbeitsvermittlung</small> |
| <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem SGB XII
<small>Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung im Alter u. Erwerbsminderung</small> | <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem SGB IX, XI, XII, PflegeVG
<small>Sozialhilfe, Fachstelle häusliche Versorgung, Bezirkssozialarbeit</small> |
| <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem WoGG
<small>Wohngeld</small> | <input type="checkbox"/> Hilfen zur Sicherung des Wohnverhältnisses
<small>Fachstelle zur Vermeidung von Wohnungslosigkeit, Intensivbetreuung Wohnen.</small> |
| <input type="checkbox"/> Jugendhilfen nach dem SGB VIII
<small>Wirtschaftliche Jugendhilfe, Bezirkssozialarbeit, Vermittlungsstelle, Tagesbetreuung</small> | <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem UVG
<small>Unterhaltsvorschuss</small> |
| <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem AsylbLG
<small>Asylbewerberleistungsgesetz</small> | <input type="checkbox"/> Schuldnerberatung |
| <input type="checkbox"/> Weiteres: | |

Weitere Person in der Wohnung:

Persönliches

Familienname / ggf. Geburtsname	_____	
Person-Nr. 2	Vorname(n)	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W

Geburtsdatum	_____	Geburtsort _____
Familienstand	_____	Seit: _____
Verhältnis zur 1. Person im Haushalt	_____	Staatsangehörigkeit _____
Aufenthaltstitel / Aufenthaltsstatus	_____	Aufenthalt bis _____
Schwerbehinderung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Grad: %	_____	Merkzeichen lt. Ausweis _____
Krankenkasse / Pflegekasse	_____	Mitgliedsart <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienvers <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> GMG <input type="checkbox"/> unversichert
Mitgliedsnummer	_____	Sonstiges: _____
Sozialversicherungs- nummer	_____	ggf. Pflegestufe _____
Schulabschluss	_____	Beruf (-abschluss) _____
Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zu 100 %	_____	<input type="checkbox"/> Ja, zu % <u> </u> bzw. Arbeitsfähig pro Tag <u> </u> h
Befristung der Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,	_____	Befristet bis: _____
Aktuelle Tätigkeit	_____	
Aktuelle Arbeitsstelle <small>(falls berufstätig)</small>	_____	
Arbeitszeit <small>(in Wochenstunden)</small>	_____	Steueridentifikationsnummer _____

Kranken- und Pflegeversicherung

Erwerbstätigkeit & Erwerbsfähigkeit