



**Grundantrag Teil 1**

Erstantrag

Weiterbewilligung

Aufnahmedatum \_\_\_\_\_

Aufgenommen durch \_\_\_\_\_  
(bitte in Druckbuchstaben)

SBH \_\_\_\_\_

Telefonnummer Sachbearbeitung \_\_\_\_\_

**Persönliches**

Familienname /  
ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_

Person-Nr. 1

Vorname(n) \_\_\_\_\_

Geschlecht  M  D  
 W  k.A.

Kind/  
Jugendliche(r)

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Junger Mensch

Familienstand \_\_\_\_\_

Seit: \_\_\_\_\_

Stellung zu weiterer  
Person im Haushalt \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Aufenthaltstitel /  
Aufenthaltsstatus \_\_\_\_\_

Aufenthalt bis: \_\_\_\_\_

Bezug von Eingliederungshilfe  Nein  Ja,  
Eingliederungshilfe beantragt  Nein  Ja, am \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit /  
Schulbesuch \_\_\_\_\_

Aktuelle Arbeitsstelle  
(falls berufstätig) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Die Angaben im Punkt "Weitere Personen in der Wohnung" haben sich seit dem letzten Antrag bzw. der letzten Überprüfung

Weitere Personen in der Wohnung

nicht geändert  geändert seit \_\_\_\_\_

Weitere Personen in der Wohnung sind vorhanden (Alle weiteren Personen sind in der Anlage zu benennen)  sind nicht vorhanden

Anlassdarstellung aus Sicht der Bürgerin / des Bürgers

Situation

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin darüber informiert worden, dass zur Falldokumentation Daten zu meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen gemäß §§ 61ff. SGB VIII und §§ 67ff. SGB X gespeichert und verarbeitet werden. Eine Weitergabe dieser Daten erfolgt nur sofern Sie uns ihr Einverständnis an anderer Stelle, z.B. durch eine

- Einwilligung zur Teambildung,
- Schweigepflichtsentbindung,
- Einwilligung zur Beratung im Regionalen Fachteam,
- Einwilligung im Stiftungsmittelantrag,
- Einwilligung im Rahmen der Schuldnerberatung
- etc.

erteilt haben bzw. eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis besteht.

Einwilligung zur Teambildung:

Ich willige/wir willigen ausdrücklich in eine Teambildung ein. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann von mir/uns jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Sollte ich/sollten wir nicht einwilligen, wird kein Team gebildet."

Ich/Wir stimme/n der Teambildung zu:  Ja  Nein

München, den \_\_\_\_\_

Zum Verständnis benötige ich/benötigen wir eine Sprachmittlerin/einen Sprachmittler bzw. eine Dolmetscherin/einen Dolmetscher.

Sprache: \_\_\_\_\_

Für Migrantinnen/Migranten und deutsche Staatsangehörige mit Migrationshintergrund:

- Ich/Wir habe/n die Erklärung in deutscher Sprache verstanden!
- Mir/Uns wurde die Erklärung in meine Muttersprache übersetzt

Für die Übersetzung Frau/ Herr: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Übersetzers: der Übersetzerin/ \_\_\_\_\_

Unterschrift(en) der Antragstellerinnen / der Antragsteller bzw. des gesetzlichen Vertreters/ der gesetzlichen Vertreterin \_\_\_\_\_

Unterschrift(en) weitere Personen (z.B. Betreuerinnen / Betreuer) \_\_\_\_\_

Aufgenommen von \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Weitere Person in der Wohnung:**

**Persönliches** Familienname /  
ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_

Person-Nr. Vorname(n) \_\_\_\_\_ Geschlecht  M  D  
 W  k.A.

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

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

Verhältnis zur 1. Person im Haushalt \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Aufenthaltstitel / Aufenthaltsstatus \_\_\_\_\_ Aufenthalt bis \_\_\_\_\_

Bezug von Eingliederungshilfe  Nein  Ja, Eingliederungshilfe beantragt  Nein  Ja, am \_\_\_\_\_

Schwerbehinderung  Nein  Ja, Grad: \_\_\_\_\_ % Merkzeichen lt. Ausweis \_\_\_\_\_

**Kranken- und Pflegeversicherung** Krankenkasse / Pflegekasse \_\_\_\_\_ Mitgliedsart  Gesetzlich  Privat  
 familienvers.  freiwillig  
 GMG  unversichert

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_ ggf. Pflegestufe \_\_\_\_\_

**Erwerbstätigkeit & Erwerbsfähigkeit** Erwerbsminderung  Nein  Ja, zu 100 %  Ja, zu % \_\_\_\_\_ bzw. Arbeitsfähig pro Tag \_\_\_\_\_ h

Befristung der Erwerbsminderung  Nein  Ja, Befristet bis: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit \_\_\_\_\_ *Arbeitsstelle (falls berufstätig)* \_\_\_\_\_

Arbeitszeit (in Wochenstunden) \_\_\_\_\_ Steueridentifikationsnummer \_\_\_\_\_

**Weitere Person in der Wohnung:**

**Persönliches** Familienname /  
ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_

Person-Nr. Vorname(n) \_\_\_\_\_ Geschlecht  M  D  
 W  k.A.

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

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

Verhältnis zur 1. Person im Haushalt \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Aufenthaltstitel / Aufenthaltsstatus \_\_\_\_\_ Aufenthalt bis \_\_\_\_\_

Bezug von Eingliederungshilfe  Nein  Ja, Eingliederungshilfe beantragt  Nein  Ja, am \_\_\_\_\_

Schwerbehinderung  Nein  Ja, Grad: \_\_\_\_\_ % Merkzeichen lt. Ausweis \_\_\_\_\_

**Kranken- und Pflegeversicherung** Krankenkasse / Pflegekasse \_\_\_\_\_ Mitgliedsart  Gesetzlich  Privat  
 familienvers.  freiwillig  
 GMG  unversichert

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_ ggf. Pflegestufe \_\_\_\_\_

**Erwerbstätigkeit & Erwerbsfähigkeit** Erwerbsminderung  Nein  Ja, zu 100 %  Ja, zu % \_\_\_\_\_ bzw. Arbeitsfähig pro Tag \_\_\_\_\_ h

Befristung der Erwerbsminderung  Nein  Ja, Befristet bis: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit \_\_\_\_\_ *Arbeitsstelle (falls berufstätig)* \_\_\_\_\_

Arbeitszeit (in Wochenstunden) \_\_\_\_\_ Steueridentifikationsnummer \_\_\_\_\_

## Grundantrag Teil 2 -Anlage- Unterhaltspflichtige

Unterhalt für Person(en) Nr(n).  <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Familienname _____ Geburtsdatum _____ Verwandtschafts- verhältnis _____ Strasse, Hausnummer _____	Vorname _____ Familienstand _____ Beruf/ aktuelle Tätigkeit _____ Postleitzahl, Ort _____
Unterhalt für Person(en) Nr(n).  <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Familienname _____ Geburtsdatum _____ Verwandtschafts- verhältnis _____ Strasse, Hausnummer _____	Vorname _____ Familienstand _____ Beruf/ aktuelle Tätigkeit _____ Postleitzahl, Ort _____
Unterhalt für Person(en) Nr(n).  <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Familienname _____ Geburtsdatum _____ Verwandtschafts- verhältnis _____ Strasse, Hausnummer _____	Vorname _____ Familienstand _____ Beruf/ aktuelle Tätigkeit _____ Postleitzahl, Ort _____
Unterhalt für Person(en) Nr(n).  <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Familienname _____ Geburtsdatum _____ Verwandtschafts- verhältnis _____ Strasse, Hausnummer _____	Vorname _____ Familienstand _____ Beruf/ aktuelle Tätigkeit _____ Postleitzahl, Ort _____
Unterhalt für Person(en) Nr(n).  <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Familienname _____ Geburtsdatum _____ Verwandtschafts- verhältnis _____ Strasse, Hausnummer _____	Vorname _____ Familienstand _____ Beruf/ aktuelle Tätigkeit _____ Postleitzahl, Ort _____
Unterhalt für Person(en) Nr(n).  <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Familienname _____ Geburtsdatum _____ Verwandtschafts- verhältnis _____ Strasse, Hausnummer _____	Vorname _____ Familienstand _____ Beruf/ aktuelle Tätigkeit _____ Postleitzahl, Ort _____
Unterhalt für Person(en) Nr(n).  <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Familienname _____ Geburtsdatum _____ Verwandtschafts- verhältnis _____ Strasse, Hausnummer _____	Vorname _____ Familienstand _____ Beruf/ aktuelle Tätigkeit _____ Postleitzahl, Ort _____