

**ANTRAG AUF GEWÄHRUNG VON
HILFE FÜR JUNGE VOLLJÄHRIGE IN FORM VON
STATIONÄRER EINGLIEDERUNGSHILFE
GEM. §§ 41, 35A ACHTES BUCH SOZIALGESETZBUCH
(SGB VIII)**

Eingangsstempel

Folgende Nachweise sind beigelegt (bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> GEBURTSURKUNDE der/des jungen Volljährigen*
(Ist immer mit vorzulegen)

<input type="checkbox"/> Nachweis der Vaterschaft bei Nichtehelichkeit der/des jungen Volljährigen*
(Jugendamtsurkunde, Gerichtsentscheidung)

<input type="checkbox"/> Fachärztliche Diagnose
(Arztbrief, Stellungnahmen, Gutachten des Facharztes)

<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis/Bescheid des ZBFS der/des jungen Volljährigen*
(-Amt für Versorgung und Familienförderung-)

<input type="checkbox"/> Kopie der Krankenversicherungskarte der/des jungen Volljährigen*

<input type="checkbox"/> Unterhaltstitel für die/den junge(n) Volljährige(n)* | <input type="checkbox"/> Bestellung/Nachweis gesetzliche Betreuung der/des jungen Volljährigen*

<input type="checkbox"/> Verdienstbescheinigung der/des jungen Volljährigen*

<input type="checkbox"/> Sonstige Einkommensnachweise der/des jungen Volljährigen*

<input type="checkbox"/> Besondere Belastungen der/des jungen Volljährigen*

<input type="checkbox"/> Sonstiges: |
|---|--|

Hinweis: Bitte alle Felder ausfüllen, Unzutreffendes streichen!

PERSÖNLICHE DATEN ÜBER DIE/DEN JUNGE(N) VOLLJÄHRIGE(N)*

Name, Vorname		Geburtsdatum	Geburtsort
Str., Nr.		PLZ, Ort	
Telefon	Religion	Staatsangehörigkeit	
Familienstand: <input type="checkbox"/> nichtehelich geboren <input type="checkbox"/> ehelich geboren	(ledig, geschieden, verheiratet, verwitwet, wiederverheiratet, eingetragene Lebensgemeinschaft)		

BEANTRAGT WIRD DIE GEWÄHRUNG VON EINGLIEDERUNGSHILFE IN STATIONÄRER FORM

IN EINER EINRICHTUNG ÜBER TAG UND NACHT **IN SONSTIGEN WOHNFORMEN**

Hilfebeginn:

In folgender Einrichtung

Name	Str., Nr.	PLZ, Ort
------	-----------	----------

B E G R Ü N D U N G

Die Bewilligung der Eingliederungshilfe setzt voraus, dass die seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter der/des jungen Volljährigen typischen Zustand abweicht und dessen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Beschreibung der seelischen Gesundheitsstörung der/des jungen Volljährigen* und ihre Auswirkungen auf den Alltag (Schule, Ausbildung, Arbeitsverhältnis, Familie, Freunde, Freizeit, etc.)

*der/die Hilfe gem. §§ 41, 35a SGB VIII beantragt

**Bei Vorlage von Kontoauszügen, können nicht relevante Daten unkenntlich gemacht/geschwärzt werden

FACHÄRZTLICHE DIAGNOSE/FESTSTELLUNG DURCH BEHÖRDE/BISHERIGE THERAPIEN

Fachärztliche Diagnose (Arztbrief, Stellungnahmen, Gutachten des Facharztes bitte beifügen)

Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit ist die Stellungnahme eines Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie, eines Psychotherapeuten, eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen für junge Erwachsene verfügt, vorzulegen.

Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der ICD 10 zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht.

Bei welchem Facharzt, ist die Abweichung der seelischen Gesundheit der/des jungen Volljährigen* festgestellt worden:	Name
	Str., Nr.
	PLZ, Ort

Diagnosen

--

Festgestellt am:

Bei Vorliegen einer (drohenden) seelischen Behinderung

Wurde diese durch das ZBFS -Amt für Versorgung und Familienförderung- oder eine andere Behörde festgestellt?

Ja

Nein

Wenn Ja, durch das ZBFS -Amt für Versorgung und Familienförderung- oder andere Behörde:

Name	Mit Bescheid vom:	
Str., Nr.	Grad der seelischen Behinderung:	
PLZ, Ort	Nachweise beifügen! (Schwerbehindertenausweis oder Bescheid des ZBFS -Amt für Versorgung und Familienförderung- oder andere Behörde)	

Bisherige Therapien

Wurde die diagnostizierte seelische Gesundheitsstörung bzw. (drohende) seelische Behinderung bereits behandelt?

Ja

Nein

Wenn Ja:

Von:	Bis:	Name Therapeut/Therapieeinrichtung	
Str., Nr.		PLZ, Ort	
Von:	Bis:	Name Therapeut/Therapieeinrichtung	
Str., Nr.		PLZ, Ort	
Von:	Bis:	Name Therapeut/Therapieeinrichtung	
Str., Nr.		PLZ, Ort	

*der/die Hilfe gem. §§ 41, 35a SGB VIII beantragt
 **Bei Vorlage von Kontoauszügen, können nicht relevante Daten unkenntlich gemacht/geschwärzt werden

BESONDERE ANGABEN ÜBER DIE/DEN JUNGE(N) VOLLJÄHRIGE(N)*

Krankenversicherung/Beihilfe der/des jungen Volljährigen*

Wenn Ja, mitbeihilfeberechtigt aufgrund des Anspruches des Vaters der Mutter

Nachweis der Beihilfeberechtigung beifügen.

Krankenversichert bei (wenn keine Beihilfeberechtigung besteht)	Krankenversicherungsnummer	
Name der Krankenkasse	Str., Nr.	PLZ, Ort

mitversichert bei Mutter mitversichert bei Vater selbstversichert
Krankenversicherungskarte in Kopie beifügen!

Wurde der/dem jungen Volljährigen*, bereits Jugendhilfe (Erziehungsbeistandschaft, Sozialpädagogische Familienhilfe, Inobhutnahme, Heimerziehung, Hilfe f. junge Volljährige, gem. Wohnform für Mütter/Väter - Kind, etc.) oder Sozialhilfe (Eingliederungshilfe, etc.) gewährt? Ja Nein

Ggf. Art der Hilfe von bis

Durch welches Amt?

Ggf. Art der Hilfe von bis

Durch welches Amt?

Aufenthalt der/des jungen Volljährigen* in den letzten 12 Monaten:

von	bis	bei	in

Schulischer/beruflicher Werdegang der/des jungen Volljährigen*

Schule		<input type="checkbox"/> Regelschule <input type="checkbox"/> weiterführende Schule <input type="checkbox"/> Förderschule Förderschwerpunkt:
Name	Str., Nr.	
Telefonnummer	PLZ, Ort	
von	Bis	
Schule		<input type="checkbox"/> Regelschule <input type="checkbox"/> weiterführende Schule <input type="checkbox"/> Förderschule Förderschwerpunkt:
Name	Str., Nr.	
Telefonnummer	PLZ, Ort	
von	Bis	

Schulabschluss der/des jungen Volljährigen*
(Qualifizierender Abschluss der Mittelschule/Hauptschulabschluss, Mittlerer Schulabschluss/Realschulabschluss, Allgemeine Hochschulreife/Abitur, Fachhochschulreife, Wirtschaftsschulabschluss, etc.)

Wann	Schulabschluss	Name der Schule
------	----------------	-----------------

*der/die Hilfe gem. §§ 41, 35a SGB VIII beantragt
**Bei Vorlage von Kontoauszügen, können nicht relevante Daten unkenntlich gemacht/geschwärzt werden

Ist bereits mit einer Ausbildung begonnen worden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wenn Ja,			
Von	Bis	Berufsbezeichnung	
Name des Ausbildungsbetriebes		Str., Nr. des Ausbildungsbetriebes	PLZ, Ort des Ausbildungsbetriebes
Bei vorzeitiger Beendigung, Gründe (bitte unbedingt angeben):			
Von	Bis	Berufsbezeichnung	
Name des Ausbildungsbetriebes		Str., Nr. des Ausbildungsbetriebes	PLZ, Ort des Ausbildungsbetriebes
Bei vorzeitiger Beendigung, Gründe (bitte unbedingt angeben):			

Ist bisher eine Berufsfachschule besucht worden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wenn Ja,			
Von	Bis	Name der Berufsfachschule	
Str., Nr.		PLZ, Ort	
Von	Bis	Name der Berufsfachschule	
Str., Nr.		PLZ, Ort	

Wurde bisher an beruflichen Bildungsmaßnahmen teilgenommen? (z.B. der Agentur für Arbeit) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wenn Ja,			
Von	Bis	Bezeichnung der Maßnahme	
Bewilligungsbehörde (z.B. Agentur für Arbeit)		Maßnahmeträger	
Von	Bis	Bezeichnung der Maßnahme	
Bewilligungsbehörde (z.B. Agentur für Arbeit)		Maßnahmeträger	

War die/der junge Volljährige* bisher im erlernten Beruf tätig, oder stand in einem Arbeitsverhältnis? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wenn Ja,			
Von	Bis	Ausgeübte Tätigkeit	
Arbeitgeber		Str., Nr.	PLZ, Ort
Von	Bis	Ausgeübte Tätigkeit	
Arbeitgeber		Str., Nr.	PLZ, Ort

ggf. besondere Krankheiten, Unfallschäden, Behinderungen, Auffälligkeiten der/des jungen Volljährigen*

Bei einer Behinderung der/des jungen Volljährigen*	
<input type="checkbox"/> Ja, wurde amtlich festgestellt <input type="checkbox"/> Ja, wurde beantragt <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn Ja (amtlich festgestellt, oder beantragt):	
Nachweise beifügen! (Schwerbehindertenausweis, Bescheid des ZBFS -Amt für Versorgung und Familienförderung-)	
Durch welche Behörde?	_____
Art der Behinderung?	_____
Grad der Behinderung?	_____

*der/die Hilfe gem. §§ 41, 35a SGB VIII beantragt

**Bei Vorlage von Kontoauszügen, können nicht relevante Daten unkenntlich gemacht/geschwärzt werden

Wird für die/den junge(n) Volljährige(n)* Kindergeld gewährt oder beantragt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja,			
Seit wann?	Durch welche Behörde?	Kindergeldnummer	

Hat die/der junge Volljährige* bisher zivilrechtlichen Unterhalt bezogen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja,			
Unterhaltspflichtiger	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Ehepartner
Ab wann?			
Monatlicher Betrag			
Name, Vorname			

bisherige Wohnverhältnisse der/des jungen Volljährigen*			
<input type="checkbox"/> Mietwohnung	<input type="checkbox"/> Kaltmiete mtl. EURO _____ - _____ - <input type="checkbox"/> Nebenkosten EURO _____	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Zweifamilienhaus
wird Wohngeld bezogen? (Mietzuschuss oder Lastenzuschuss)		<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung	
<input type="checkbox"/> ja, monatlich _____ EURO		<input type="checkbox"/> nein	
Werden die genannten Wohnverhältnisse bei Bewilligung dieses Antrags aufgegeben?		<input type="checkbox"/> Ja (z.B. Kündigung der Wohnung)	
		<input type="checkbox"/> Nein	
Wenn Nein,	welche Vorkehrungen werden für die Beibehaltung der Wohnverhältnisse getroffen? (Aufrechterhaltung des Mietverhältnisses durch wen? etc.)		

Gesetzliche Betreuung für die/den junge(n) Volljährige(n)* (Ist eine gesetzliche Betreuung angeordnet/beantragt?)	
<input type="checkbox"/> Ja, wurde beantragt	<input type="checkbox"/> Ja, wurde angeordnet <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, übertragene Aufgabenbereiche:	
Mit der Betreuung ist bestellt worden (Bestallung beifügen)	Name
	Straße, Nr.
	PLZ, Ort

Ggf. Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner (eingetragene Lebensgemeinschaft) der/des jungen Volljährigen*			
Vorname, Name		Geburtsname	
Geburtsstag	Geburtsort	Religion	
Str., Nr.		PLZ, Ort	
Telefon	E-Mail Adresse	Staatsangehörigkeit	
<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebensgemeinschaft	Tag. d. Eheschließung/Eintrag der Lebensgemeinschaft
<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> wiederverheiratet		
Beruf	Arbeitgeber		

*der/die Hilfe gem. §§ 41, 35a SGB VIII beantragt

**Bei Vorlage von Kontoauszügen, können nicht relevante Daten unkenntlich gemacht/geschwärzt werden

ANGABEN ZU DEN ELTERN DER/DES JUNGEN VOLLJÄHRIGEN*				
	Mutter		Vater	
Vorname, Name				
Geburtsname				
Geburtstag				
Geburtsort				
Wohnanschrift				
Telefon				
E-Mail-Adresse				
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> wiederverheiratet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> wiederverheiratet
Religion				
Staatsangehörigkeit				
Beruf				
Arbeitgeber				
Tag d. Eheschließung/scheidung	Eheschließung	Ehescheidung	Eheschließung	Ehescheidung

Wer übte bis zur Volljährigkeit die Personensorge für die/den junge(n) Volljährige(n)* aus?
 Alleinige elterliche Sorge und gemeinsame elterliche Sorge ist nachzuweisen (Sorgerechtsbeschluss bzw. Scheidungsurteil) bei Eltern die nicht verheiratet sind (Negativattest, gemeinsame Sorgeerklärung oder Gerichtsentscheidung)

<input type="checkbox"/> Mutter/Vater gemeinsam	<input type="checkbox"/> Vormund/Pfleger	Name _____
<input type="checkbox"/> Mutter		Straße _____
<input type="checkbox"/> Vater		PLZ _____

Bestand bis zur Volljährigkeit der/des jungen Volljährigen eine Vormundschaft/Pflegschaft? Ja, Vormundschaft Ja, Pflegschaft Nein

Wenn Ja, Name _____	Bei Pflegschaft die Wirkungskreise angeben: <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Recht, Sozialleistungen zu beantragen <input type="checkbox"/> _____
Str., Nr _____	
PLZ, Ort _____	

VERMÖGEN	der/des jungen Volljährigen*	
Bargeld	Bezeichnung _____	€ _____
Bankguthaben	Bezeichnung _____	€ _____
Wertpapiere	Bezeichnung _____	€ _____
Grundvermögen	Bezeichnung _____	€ _____
Sonstige Vermögen	Bezeichnung _____	€ _____

*der/die Hilfe gem. §§ 41, 35a SGB VIII beantragt

**Bei Vorlage von Kontoauszügen, können nicht relevante Daten unkenntlich gemacht/geschwärzt werden

EINKOMMENSVERHÄLTNISSE (jeweils Nachweise** beifügen)			
Hinweis: Die Eltern und ggf. der Ehegatte/Lebenspartner werden aufgrund ihrer persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse zu den anfallenden Kosten der Hilfe für junge Volljährige gem. §§ 41, 35a SGB VIII herangezogen. Prüfung und Festsetzung erfolgt gesondert.		Der/des jungen Volljährigen*	Ggf. Ehepartner/Lebenspartner (eingetr. Lebensgemeinschaft) der/des jungen Volljährigen
a) nichtselbstständige Tätigkeit (Unbedingt Nettolohn-Bescheinigung der letzten 12 Monate beifügen)		€	
b) selbstständige Tätigkeit (Gewinn- u. Verlustrechnungen, Bilanzen, Einnahmen-Überschussrechnung und Einkommenssteuerbescheide der letzten 3 Jahre beifügen)		€	
c) Sonstiges Einkommen			
Kindergeld	Kindergeld-Nr.		
	Euro monatlich		
Renten (Kopie des Rentenbescheides/-antrages beifügen!)	Rentenvers.nr.		
	Euro monatlich		
Erträge aus Kapitalvermögen (Kapitaleinkünfte etc. bitte erläutern) Art und Monatsbeitrag	Bezeichnung		
	Euro monatlich		
	Bezeichnung		
Miet- und Pachteinnahmen Art und Monatsbeitrag	Bezeichnung		
	Euro monatlich		
	Bezeichnung		
Sozialleistungen z.B. Leistungen nach dem SGB II (u.a. Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe) oder SGB XII (Sozialhilfe, Grundsicherung), Krankengeld, Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente, Altersruhegeld, Hinterbliebenenrente, Wohngeld, etc.	Bezeichnung		
	Euro monatlich		
	Bezeichnung		
Leistungen anderer Stellen (z.B. Betriebsrenten, Zusatzversorgung, Lastenausgleich) Art und Monatsbeitrag	Bezeichnung		
	Euro monatlich		
	Bezeichnung		
Sonstige Einkünfte/Einnahmen (z.B. Vermögensveräußerung, Auszahlungen von Lebensversicherungen/Bausparverträgen) Art und Monatsbetrag/einmaliger Betrag	Bezeichnung		
	Euro monatlich		
	Bezeichnung		
	Euro monatlich		

*der/die Hilfe gem. §§ 41, 35a SGB VIII beantragt

**Bei Vorlage von Kontoauszügen, können nicht relevante Daten unkenntlich gemacht/geschwärzt werden

BESONDERE BELASTUNGEN (Nachweise** beifügen)	
a) Schuldverpflichtungen (Nachweise bitte beifügen)	
Der/des jungen Volljährigen*	
Gläubiger	
Aufnahme-Zweck	
Aufnahme-Betrag	€
Aufnahmetag	
Monatsrate	€
Laufzeit	
b) Notwendige Ausgaben zur Erzielung des Arbeitseinkommens (Fahrtkosten zur Arbeitsstätte, etc.) (Nachweise bitte beifügen)	
der/des jungen Volljährigen*	
c) Besondere finanzielle und sonstige Belastungen (Nachweise bitte beifügen)	
der/des jungen Volljährigen*	

WEITERE UNTERHALTSPFLICHTEN DER/DES JUNGEN VOLLJÄHRIGEN* (Kinder, Ehegatte/geschiedener Ehegatte)						
	Person 1		Person 2		Person 3	
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum jungen Volljährigen*						
Name, Vorname						
Geburtsdatum						
Familienstand						
Beruf/Tätigkeit						
Wohnort bzw. im Haushalt?						
Arbeitseinkommen mtl. dieses/dieser Angehörigen	EURO brutto	EURO netto	EURO brutto	EURO netto	EURO brutto	EURO netto
Mtl. Unterhaltsleistungen der/des jungen Volljährigen* für diese/n Angehörigen	EURO		EURO		EURO	
Mtl. Kindergeldbezug der/des jungen Volljährigen* für diese/n Angehörigen (Kind)	EURO		EURO		EURO	

*der/die Hilfe gem. §§ 41, 35a SGB VIII beantragt

**Bei Vorlage von Kontoauszügen, können nicht relevante Daten unkenntlich gemacht/geschwärzt werden

Hinweis:

Nach § 97 a SGB VIII sind Sie zur Auskunft verpflichtet. Sie können die Auskunft nur verweigern, soweit Sie sich selbst oder einen in § 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozessordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

ERKLÄRUNG:

Die Angaben in meinem Antrag auf Gewährung von stationärer Eingliederungshilfe ab Volljährigkeit gem. §§ 41, 35a SGB VIII habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten muss. Ich bestätige ausdrücklich, dass ich davon unterrichtet worden bin, dass jeder Wohnortwechsel, jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse - auch vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalt usw. - unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen sind. Ich werde den Beginn/die Änderung eines Arbeitsverhältnisses, auch Gelegenheitsarbeiten, vor Aufnahme anzeigen, ebenso die den Beginn/die Änderung eines Ausbildungsverhältnisses, Praktika o.ä.

Ich bin damit einverstanden, dass die zuständigen Behörden dem Sachgebiet Jugend und Familie Auskunft über meine Besteuerungsmerkmale erteilen. Ich bin gem. § 92 Abs. 3 SGB VIII darüber belehrt worden, dass ich verpflichtet bin, zu den anfallenden Kosten der Hilfe für junge Volljährige gem. §§ 41, 35 a SGB VIII beizutragen entsprechend meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen auf der Grundlage der §§ 91 bis 97a SGB VIII.

Geldleistungen, die dem gleichen Zweck wie die stationäre Eingliederungshilfe ab Volljährigkeit gem. §§ 41, 35a SGB VIII dienen, sind unabhängig von einem evtl. fälligen Kostenbeitrag einzusetzen.

Aufgenommen:

--

UNTERSCHRIFTEN	Ort, Datum	Unterschrift
Junge(r) Volljährige(r)		
Bei Betreuung der/des jungen Volljährigen*		
Mitzeichnung des gesetzlichen Betreuers		

*der/die Hilfe gem. §§ 41, 35a SGB VIII beantragt

**Bei Vorlage von Kontoauszügen, können nicht relevante Daten unkenntlich gemacht/geschwärzt werden