

Antrag auf Unterbringung in einer Notunterkunft wegen unfreiwilliger Wohnungslosigkeit

Eingang:

Aktenzeichen:

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen der Haushaltsgemeinschaft Bei mehr als zwei Personen bitte <u>auf gesondertem Blatt ergänzen!</u>	1. Person <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	2. Person <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Antragsteller(in) 1	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstige
Familienname, auch Geburtsname, Vorname		
Bisherige Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort		
Telefon (Angabe freiwillig)		
Geburtsdatum und -ort		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern Aufenthaltsstatus.		
Name und Anschrift der/des Bevollmächtigten oder der Betreuerin bzw. des Betreuers (bitte Kopie der Vollmacht bzw. des Betreuerausweises beifügen)		
Tel.-Nr.:		
Erhalten Sie Leistungen vom Sozialleistungs- und Jobcenter Wiesbaden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: von wem? bis wann? Wurde beantragt am _____ in Bezirk _____ Nachweis Antragstellung liegt vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: von wem? bis wann? Wurde beantragt am _____ in Bezirk _____ Nachweis Antragstellung liegt vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Antrag bereits gestellt?		
Gibt es bereits Kontakt zu anderen Dienststellen der Stadtverwaltung Wiesbaden, z. B. Bezirkssozialdienst oder Sozialpsychiatrischer Dienst?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: bei wem? seit wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: bei wem? seit wann?

2. Unterhalt

2.1 Angaben zu Ihren leiblichen Kindern und Adoptivkindern, geschiedene (r) Ehegattin/Ehegatte oder getrennt lebende(r) Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner

Verwandtschaftsverhältnis	Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift	Beruf des Angehörigen

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen Kinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht	<input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht
	<input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht	<input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht
	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Sonstiges

3. Bisherige Wohnverhältnisse:

Zahl der unterzubringenden Personen in der Haushaltsgemeinschaft:	
Sofern nicht auf Seite 1 angegeben Name, Vorname, Geburtsdatum und Stellung zum / zur Antragsteller(in)	
Wohnfläche:	m ²
Kosten der Unterkunft:	
Kaltmiete:	
Betriebskosten:	Heizkosten:

Grund des Wohnraumverlustes:
Ist der Wohnraum noch vorhanden? Falls ja, ist eine Rückkehr möglich? Wurde für die Rückkehr eine Fahrkarte aus Sozialhilfemitteln angeboten?
Handelt es sich um den erstmaligen Wohnraumverlust? Falls nicht, bitte weitere Angaben zu früherer Wohnungslosigkeit:

Wo halten Sie und Ihre Haushaltsangehörigen sich seit dem Wohnraumverlust auf?
--

4. Berücksichtigungsfähige Unterbringungsmerkmale

Welche Schule / Kindergarten besuchen Ihre im Haushalt lebenden Kinder zur Zeit?
--

Besteht eine Schwangerschaft? (Ggf. Schwangerschaftswoche nachweisen!)	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche:	<input type="checkbox"/> nein

Ist eine Beeinträchtigung / Behinderung bei der Unterbringung zu berücksichtigen? Falls ja, welche?

5. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!)

z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate

	1. Person	2. Person
Einkommen	Mtl. Betrag <u>Nicht</u> monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen!	Mtl. Betrag <u>Nicht</u> monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen!
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) oder der Sozialhilfe (SGB XII)		
Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtschaftl. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Betriebsrente o.ä.)		
Selbstständige Tätigkeit		
Vermietung und Verpachtung		
Wohngeld / Lastenzuschuss		
Nichtselbstständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der WfbM)		
Ausländische Rente		
Leistung der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)		
Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z.B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)		
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Kinderzuschlag) Wird das Kindergeld an das Kind weitergegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausbildungsförderung		
Unterhalt		
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)		
Sonstige Einkünfte (z.B. Zins-einnahmen, Betriebskostenguthaben, sonst. Sozialleistungen)		
Blindengeld		

**6. Vermögen: Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen
Falls Vermögenswerte vorhanden bitte Nachweise beifügen!**

	1. Person	2. Person
Art des Vermögens	Belegter Vermögenwert	Belegter Vermögenwert
Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €

Bank- / Sparguthaben (einschl. vermögenswirksame Leistungen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte unten ausfüllen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte unten ausfüllen)
Angaben zu Bank- und Sparguthaben, (Kontoinhaber, Bank, BLZ, Kontonummer und in der letzten Spalte das aktuelle Guthaben)		€
		€
		€
		€
Wertpapiere / Aktien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil nachweisen). Wer ist der Begünstigte im Todesfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Immobilie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Sonstiger Grundbesitz (Grundstück)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Kraftfahrzeug(e)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Bausparverträge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Sonstige Vermögen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge?)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde Falls ja: Name und aktuelle Anschrift des Beschenkten: Datum der Schenkung: Gesamtwert: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde Falls ja: Name und aktuelle Anschrift des Beschenkten: Datum der Schenkung: Gesamtwert: €

7. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers für entstehende Unterbringungskosten

Haben Sie in den letzten drei Monaten Sozialleistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen Ansprüche gegen Dritte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8. Sonstiges

Sind Sie gegen Masern geimpft? Nachweis erforderlich!	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anmerkungen:
---	---	--------------

Antragsbegründung

(hier sind z. B. Angaben über die aktuelle Lebenslage von Ihnen und den zum Haushalt gehörenden Personen zu machen und welche Perspektiven es aus Ihrer Sicht gibt.

Bestehen für die Wohnungsvermittlung Hemmnisse wie z. B. Schulden, Sucht?

Befinden Sie sich hinsichtlich evtl. bestehender Vermittlungshemmnisse in Beratung? Falls ja, wo?

Wo haben Sie Unterstützungsbedarf durch die Wohnungsnotfallhilfe?

Bei Zuzug außerhalb Wiesbadens Angaben zum Zuzugsgrund!

Ich/wir bestätigen ausdrücklich, dass ich/wir nicht anderweitig, insbesondere bei Verwandten/Bekanntem, unterkommen können.

Sofern einzelne oder mehrere Personen innerhalb unserer Bedarfsgemeinschaft Leistungen nach dem SGB II und SGB XII erhalten (Mischhaushalte) sind wir damit einverstanden, dass innerhalb des Sozialleistungs- und Jobcenters meine bzw. unsere vorgelegten Unterlagen an den jeweils zuständigen Fachbereich weitergeleitet oder kopiert werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Biographische Daten

	1. Person	2. Person
Name		
Vorname		
Schulbesuch		
Schulart		
Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Berufsausbildung		
Berufsausbildung als		
Abschluss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Führerschein	Klasse:	Klasse:
Besondere zusätzlich erworbene Qualifikationen (z.B. durch Besuch von Lehrgängen, Hobbys)		

Daten für die Bundesstatistik

	1. Person	2. Person
1. Geschlecht		
2. Alter am 31.01. des Jahres		
3. Staatsangehörigkeit		
4. Haushaltstyp		
5. Haushaltsgröße		
6. Art der Überlassung von Räumen a.) kurzfristiges Angebot b.) teilstationäres Angebot c.) stationäres Angebot d.) sonstige Angebote	a	a
7. Die Angaben zu Ziffer 6 jeweils differenziert nach a.) örtl. Träger der Sozialhilfe b.) der Gemeinden und Gemeindeverbände c.) der freien Träger d.) gewerblicher Anbieter e.) sonstige Stellen	b	b
8.) Datum des Beginns der Überlassung von Räumen		
9.) Gemeindeschlüssel	06414000	06414000
10.) Höchster Bildungsabschluss		
11.) Erwerbstätigkeit		
12.) Anspruch auf Übernahme der KdU nach SGB II oder XII		
13.) Wohnungssuchend gemeldet		
14.) Wohnungslos seit		
15.) Zuzug aus dem Ausland		
16.) Zwangsräumung		
16.) Wohnung baurechtlich gesperrt		

nb = nicht bekannt

so = siehe oben

Daten für die Bundesstatistik (weitere Personen im Haushalt)

	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
1. Geschlecht				
2. Alter am 31.01. des Jahres				
3. Staatsangehörigkeit				
4. Haushaltstyp				
5. Haushaltsgröße				
6. Art der Überlassung von Räumen a.) kurzfristiges Angebot b.) teilstationäres Angebot c.) stationäres Angebot d.) sonstige Angebote z. B. Einweisung				
7. Die Angaben zu Ziffer 6 jeweils differenziert nach a.) örtl. Träger der Sozialhilfe b.) der Gemeinden und Gemeindeverbände c.) der freien Träger d.) gewerblicher Anbieter e.) sonstige Stellen	b	b	b	b
Datum des Beginns der Überlassung von Räumen				
Gemeindeschlüssel	06414000	06414000	06414000	06414000
Höchster Bildungsabschluss				
Erwerbstätigkeit				
Anspruch auf Übernahme der KdU nach SGB II oder XII				
Wohnungssuchend gemeldet				
Wohnungslos seit				
Zuzug aus dem Ausland				
Zwangsräumung				
Wohnung baurechtlich gesperrt				

nb = nicht bekannt

so = siehe oben

Erklärung

Den Antrag auf Unterbringung meiner Haushaltsangehörigen und mir mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 2. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange wir in einer Notunterkunft untergebracht sind, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Hierzu gehören auch einmalige oder temporär erhaltene Einkünfte. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen. Halte ich mich länger als 3 Tage außerhalb Wiesbadens oder in einer Einrichtung auf, informiere ich meine zuständige Sachbearbeitung möglichst umgehend.

Hinweis: Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch-Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.

Datum

1. Person	 _____ Unterschrift
-----------	---------------------------

Datum

2. Person	 _____ Unterschrift
-----------	---------------------------

Datum

	 _____ Unterschrift Sachbearbeitung
--	---

Bei antragstellenden EU-Bürgerinnen und Bürgern, bei denen Zweifel an der Freizügigkeit bestehen, erfolgt zur Überprüfung der Rechtmäßigkeit des Aufenthaltes eine Meldung an die Ausländerbehörde. Zweifel bestehen insbesondere, wenn der Lebensunterhalt nicht durch eigenes Einkommen gedeckt werden kann und/oder kein Krankenversicherungsschutz besteht.

Dieser Meldung sowie der Rückmeldung der Ausländerbehörde über das Ergebnis der Überprüfung stimme ich zu.

Datum

1. Person	 _____ Unterschrift
-----------	---------------------------

Datum

2. Person	 _____ Unterschrift
-----------	---------------------------

Datum

	 _____ Unterschrift Sachbearbeitung
--	---