

# Hilfeplan für Wohnungssicherung

## I. Datenaufnahme

### 1. Persönliche Daten der betroffenen Personen

#### 1. Person

Name(n):

Vorname(n):

Geburtsdatum:

weiblich

männlich

Familienstand:  ledig

verheiratet

getrennt

geschieden

verwitwet

Meldeadresse:

Hamburg

Postadresse:

Hamburg

Tel.-Festnetz:

Handy:

E-Mail:

#### Staatsangehörigkeit

deutsch

Andere:

Aufenthaltsstatus: §      AufenthG      bis:

Bei EU-Bürgern Leistungsanspruch gesondert prüfen!

#### Identitätspapiere

Personalausweis

Nationalpass

Geburtsurkunde

Anmeldebestätigung

Behindertenausweis

Führerschein

vorläufiger Personalausweis

Fehlende Papiere:    ja,

## Beruf / jetzige Tätigkeit

Arbeitslos seit:

- Rentner                       Schüler /Stud. / Azubi ohne Kind                       Schüler /Stud. / Azubi mit Kind

## Rechtliche Betreuung

- ja (wenn ja, s. Punkt 4)     nein

## Weitere (erwachsene) Personen

### 2. Person

Name(n), Vorname(n):

Geschäftszeichen:                      /BFW

Geburtsdatum:

Aufenthaltsstatus:

weiblich                       männlich

Familiärer Bezug:

### 3. Person

Name(n), Vorname(n):

Geschäftszeichen:                      /BFW

Geburtsdatum:

Aufenthaltsstatus:

weiblich                       männlich

Familiärer Bezug:

## Minderjährige Kinder

Anzahl:

1. Name(n), Vorname(n):

Geburtsdatum:

Aufenthaltsstatus:

weiblich                       männlich

Nähere Angaben\*

2. Name(n), Vorname(n):

Geburtsdatum:

Aufenthaltsstatus:

weiblich                       männlich

Nähere Angaben\*

3. Name(n), Vorname(n):

Geburtsdatum:

Aufenthaltsstatus:

weiblich                       männlich

Nähere Angaben\*

4. Name(n), Vorname(n):

Geburtsdatum:

Aufenthaltsstatus:

weiblich                       männlich

Nähere Angaben\*

5. Name(n), Vorname(n):

Geburtsdatum:

weiblich

männlich

Aufenthaltsstatus:

Nähere Angaben\*

6. Weitere Kinder:

\*(Art des Kontaktes, Fremdplatzierung, Sorge/Besuchsrecht, eigener Wohnungsbezug geplant, Sonstiges)

## II. Bestandsaufnahme

### 2. Angaben zur mietrechtlichen Situation

#### Vermieter

Vermieter:

Kooperationsvertragswohnung bei:

Untermietverhältnis bei:

Nachweis über Zustimmung des Vermieters zur Untervermietung liegt vor: ja  nein

#### Höhe der Mietschulden

#### Aktuelle Kosten der Unterkunft

Kaltmiete: €  
Betriebskosten: €  
Heizkosten: €  
Wasserkosten €  
Sonstige Kosten: €  
----- €  
Gesamtmiete: €

Baujahr

Kosten der Unterkunft sind angemessen: ja  nein

#### Mietrechtlicher Stand

Erstauftritt

Wiederauftritt

Mietrückstand

Schonfrist vorhanden

ja

nein

fristlose Kündigung

Schonfrist vorhanden

ja, bis

nein

- fristgerechte Kündigung
- Räumungsklage                            Schonfrist vorhanden                            ja, bis                            nein
- Räumungsurteil
- Räumungstermin am

Begründung, wie es zu den Mietrückständen kam:

Kündigung / Räumungsklage / Räumungsurteil wegen vertragswidrigem Verhalten.  
Erläuterung:

Gewährleistungsfall nach § 11 Kooperationsvertrag

Kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II / SGB XII  
Begründung:

### 3. Finanzielle Situation

#### Einkünfte und Kontoangaben

	1. Person	2. Person	3. Weitere (ggf. addieren)
Erwerbseinkommen:	€	€	€
ALG I:	€	€	€
ALG II:	€	€	€
HzLU nach dem SGB XII	€	€	€
Rente/Pension: (auf Zeit / Dauer)	€	€	€
EU-Rente (auf Zeit / Dauer)	€	€	€
Unterhalt:	€	€	€
BAFöG:	€	€	€
Kindergeld:	€	€	€
anderes Einkommen:	€	€	€
Vermögen:	€	€	€
Gesamt:	€	€	€
<b>Haushaltseinkommen gesamt:</b>			€

Bankkonto vorhanden:     ja                             nein

1. Bankverbindung:    Kreditinstitut:                                    BLZ:  
  KontoinhaberIn:                                    Kontonummer:

2. Bankverbindung:    Kreditinstitut:                                    BLZ:  
  KontoinhaberIn:                                    Kontonummer:

Besteht Kontopfändung?

ja  nein  
Name der Person:  
Erläuterung:

#### Pfändungsschutzkonto eingerichtet?

ja  nein  
Name der Person:  
Erläuterung:

### Schulden

#### Energie- und Wasserschulden

<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Wasser
Anbieter:	Anbieter:	Anbieter:
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> ja, Höhe: €	<input type="checkbox"/> ja, Höhe: €	<input type="checkbox"/> ja, Höhe: €

Erläuterung:

#### Sonstige Schulden

nein  unbekannt  
 ja, Höhe insgesamt: €, Name der Person:  
bei Gläubiger (Aufzählung):

#### Geldstrafe

nein  unbekannt  
 ja, Höhe: €, Name der Person:  
Vereinbarte Ratenzahlung: €/monatlich

#### Unterhaltsschulden

nein  unbekannt  
 ja, Höhe: €, Name der Person:

#### Wurde in den letzten drei Jahren eine eidesstattliche Versicherung abgegeben?

nein  ja, Name der Person:  
bei Gläubiger (Aufzählung):  
Erläuterung:

#### Schuldnerberatung

nein  
 ja, angemeldet am: \_\_\_\_\_, Name der Person:

In Beratung seit:  
bei (Anbieter/ggf. mit Ansprechpartner):

Bei Angabe Schuldenfreiheit

Schufa-Auskunft vorgelegt:  ja, vom \_\_\_\_\_, Name der Person:  
 nein

## 4. Gesundheit und rechtliche Betreuung

### Krankenversicherungsschutz

Krankenversichert bei:

Krankenversicherung besteht nicht  
 Krankenversicherung beantragt am: \_\_\_\_\_ bei:

### Behinderung

Betroffene Person:

Schwerbehindertenausweis vorhanden GdB: % Merkmal(e):

Betroffene Person:

Schwerbehindertenausweis vorhanden GdB: % Merkmal(e):

### Pflegebedürftigkeit

Betroffene Person:

Art der Einschränkung:  
Eingestuft in Pflegestufe  0  1  2  3

Pflegestufe beantragt am:

### Chronische Erkrankung / Suchterkrankung / psychische Auffälligkeit

Betroffene Person:

Art der Einschränkung:  
Erkrankung:  
Aktuell in Behandlung:  ja  nein  
Erläuterung:

### Rechtliche Betreuung

Betroffene Person:

Betreuer:  
Adresse:  
Telefonnummer(n):

- Aufgaben / Wirkungskreise:**
- Wohnungsangelegenheiten
  - Aufenthaltsbestimmung
  - Gesundheitsvorsorge
  - Vermögenssorge / Finanzen
  - Interessenvertretung gegenüber Behörden, Versicherungen und sonstigen Dritten

## 5. Soziale Situation

## 6. Bisherige Maßnahmen

6a. Bisherige Maßnahmen zur Abwendung der Problemsituation/in Anspruch genommene Hilfen:

6b. Warum waren die bisherigen Hilfen/Maßnahmen erfolglos?

## 7. Selbsthilfepotential und Ressourcen des Haushaltes

7a. Bewältigung von Anforderungen (Z. B. bewältigt Anforderung allein / kann sich selbst Hilfe organisieren / benötigt Anstoß und Unterstützung bei / benötigt intensive Hilfe bei:

7b. Fähigkeiten und persönliche Ressourcen:

7c. Unterstützung durch soziale Bezüge (Verwandte, Bekannte):

## 8. Problemverständnis und Informationsstand des Klienten / Ziele und eigene Vorstellungen

## 9. Erläuterung und Zusammenfassung des Hilfebedarfes

## 10. Ziel: Abwendung des Wohnungsverlustes

Sicherung der o.g. Wohnung

Neue Wohnung  Dringlichkeitsschein gültig von            bis

## 11. Fortschreibung des Hilfeplanes

Datum	Entwicklung der sozialen Situation und des Hilfebedarfes



## Anhang 1 (1 Exemplar für den / die Antragsteller/in)

### Vereinbarung:

#### 1. Folgende Ziele werden vereinbart

Datum	Ziel

#### 2. Folgende Maßnahmen werden vereinbart

Datum	Maßnahme

#### Vermittlung an / am und ggfs. weitere Informationen

- Einkommenssicherung:
- Schuldnerberatung:
- ÖRA:
- Mieterverein:

- Suchtberatung:
- Sozialpsych. Dienst:
- psychosoziale Beratung:

- Seniorenberatung:
- Pflegedienst:
- GS/GA:
- med. Versorgung:
- Gesundheitsamt:
- Beratungsstelle f. Körperbehinderte:

- ASD:
- Soziale Beratungsstelle

- Stufe 3: Vermittlung an Träger(welcher) / am / an:  
Zu Stufe 3 ggfs. weitere Informationen / Vereinbarungen:

Sonstige Vermittlung an / am:

Sonstige Vermittlung an / am:

**Was macht wer bis wann**

Maßnahme	Verantwortlich	Zeitziel	Erledigt am	Geändert am/Grund

**Noch zu klären/offene Fragen**

**Datum:**

.....  
**Unterschrift Antragsteller/in**

.....  
**Unterschrift 2. Antragsteller/in**

.....  
**Unterschrift Fachkraft BFW**

**Wiedervorlage am:**

**Anhang 2** (1 Exemplar für den/die Antragsteller/in)

**Einwilligung zur Datenübermittlung gem. §§ 4, 4 a Bundesdatenschutzgesetz, § 67 b SGB X**

Ich bin damit einverstanden, dass im Bedarfsfall die Fachstelle für Wohnungsnotfälle, fallzuständige Fachkraft \_\_\_\_\_, mit der/den unten genannten Einrichtung/en Informationen über \* austauscht.

\* z. B. meine finanzielle Situation, meine Suchterkrankung, meine psychische Erkrankung, meine Behinderung  
- möglichst detailliert angeben

1. Institution:  
AnsprechpartnerIn:

2. Institution:  
AnsprechpartnerIn:

Weitere Institutionen:

(Je Institution eigenes Einwilligungsformular verwenden, es sei denn mehrere Institutionen werden zu identischen Themenbereichen beteiligt.)

Sofern die Mitarbeiter der genannten Institution/en der beruflichen Schweigepflicht unterliegen, befreie ich sie hiermit davon.

Mir ist bewusst, dass ich gem. § 60 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB I zur Erteilung der Einwilligung verpflichtet bin und ich möglicherweise keine Hilfe bekommen kann, sofern ich die Einwilligung ganz oder teilweise verweigere und dadurch die Aufklärung des Sachverhalts für die Fachstelle für Wohnungsnotfälle verzögert oder unmöglich gemacht wird.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen von allen Beteiligten eingehalten werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift:.....

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: .....