

Musterbrief

Antrag auf Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens (AbW)
gemäß §§ 113 ff. SGB IX – Eingliederungshilfe

Ihre Daten (Absender)

VORNAME

NACHNAME

STRASSE UND HAUSNUMMER

PLZ

ORT

TELEFON / MOBIL

E-MAIL-ADRESSE

GEBURTSDATUM

AKTENZEICHEN / KUNDENNUMMER (FALLS
BEKANNT)

Empfänger (Sozialamt / Eingliederungshilfebehörde)

NAME DER BEHÖRDE / DES AMTS

ABTEILUNG / SACHGEBIET (Z. B. „SACHGEBIET EINGLIEDERUNGSHILFE“)

STRASSE UND HAUSNUMMER

PLZ UND ORT

ORT

DATUM (TT.MM.JJJJ)

**Antrag auf Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens (AbW) gem. §§ 113 ff.
SGB IX**

Aktenzeichen: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich – als Person mit einer anerkannten Behinderung im Sinne des § 99 SGB IX – die Bewilligung von Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens (AbW) gemäß §§ 113, 116 SGB IX als Leistung der Eingliederungshilfe. Das Ziel dieser Leistung ist es, mir ein selbstständiges Wohnen in einer eigenen Wohnung zu ermöglichen und meine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dauerhaft zu sichern.



Hinweis: Dieser Musterbrief ist eine Vorlage. Bitte alle kursiv oder in eckigen Klammern gesetzten Passagen durch Ihre persönlichen Angaben ersetzen. Ergänzen Sie individuelle Details zu Ihrer Diagnose, Ihrem Alltag und Ihrem Bedarf.

1. Angaben zur Person und zur Diagnose

Mein Name ist [Vorname Nachname], geboren am [Geburtsdatum]. Ich lebe derzeit in [aktuelle Wohnsituation, z. B. „im elterlichen Haushalt“ oder „in einer stationären Einrichtung“]. Bei mir wurde eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS) [ggf. weitere Diagnosen ergänzen] diagnostiziert.

Die Diagnose wurde gestellt von: [Name der Fachperson / Institution] am [Datum]. Ein Nachweis der Diagnose ist als Anlage beigefügt. [Falls vorhanden: Ein Schwerbehindertenausweis mit GdB [xx] liegt vor / wurde beantragt.]

2. Darlegung meines Unterstützungsbedarfs

Ich benötige im Bereich des selbständigen Wohnens Unterstützung in folgenden Lebensbereichen:

Bereich	Konkreter Bedarf (bitte individuell ausfüllen)
Haushaltsführung	Z. B. Hilfe bei Einkaufen, Kochen, Wäsche, Reinigung; Schwierigkeiten
Behördengänge & Briefpost	Z. B. Unterstützung beim Verstehen und Ausfüllen von Formularen, I
Tagesstruktur & Termine	Z. B. Hilfe beim Aufbau eines geregelten Tagesablaufs, Begleitung z
Soziale Teilhabe	Z. B. Unterstützung bei der Freizeitgestaltung, Kontaktpflege, Krisen
Krisenmanagement	Z. B. Erreichbarkeit einer Bezugsperson bei Reizüberflutung, sensori
[Weiterer Bereich]	[Bitte ergänzen]

3. Begründung des Anspruchs

Gemäß § 113 SGB IX haben Leistungsberechtigte Anspruch auf Leistungen zur sozialen Teilhabe, die erforderlich sind, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Das Ambulant Betreute Wohnen ist eine solche Leistung. Es ist zudem geeignet, meinen Bedarf zu decken, und gegenüber einer stationären Unterbringung wirtschaftlicher sowie selbstbestimmungsfördernder (§ 104 SGB IX – Wunsch- und Wahlrecht).

Ich möchte in einer eigenen Wohnung – [Adresse sofern bereits bekannt, sonst: „in [Ort / Stadtteil]“] – leben. Die Betreuungsleistungen sollen durch einen anerkannten Leistungserbringer nach § 123 SGB IX erbracht werden. [Falls bekannt: Ich habe mich bei [Träger / Organisation] um eine Betreuung beworben.]



Wichtig: Beschreiben Sie Ihren Bedarf so konkret wie möglich – mit Zeitangaben und Häufigkeiten. Z. B.: „Ca. dreimal pro Woche benötige ich Begleitung beim Einkaufen (ca. 1 Stunde), da Supermarktlärm zu sensorischer Überlastung führt.“ Je konkreter, desto stärker die Begründung.

4. Gewünschter Umfang der Leistung

Ich beantrage Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens im Umfang von schätzungsweise [X Stunden pro Woche/Monat]. Dieser Bedarf wurde [ggf. erläutern: „von meiner behandelnden Ärztin / meinem Therapeuten bestätigt“]. Eine genaue Bedarfsermittlung im Rahmen des Gesamtplanverfahrens (§ 121 SGB IX) befürworte ich ausdrücklich.

5. Bitte und Fristhinweis

Ich bitte um eine baldmögliche Bearbeitung und Einleitung eines Gesamtplanverfahrens gemäß § 121 SGB IX. Ich weise darauf hin, dass gemäß § 14 SGB IX die zuständige Stelle den Antrag innerhalb von zwei Wochen an den richtigen Träger weiterzuleiten hat, falls sie sich für nicht zuständig hält. Die Leistungserbringung ist spätestens nach drei Monaten sicherzustellen (§ 14 Abs. 2 SGB IX). Sollte eine frühere Leistungserbringung nötig sein, behalte ich mir einen Eilantrag beim Sozialgericht vor.



Folgende Unterlagen füge ich als Anlagen bei:

- Diagnosebeleg / ärztliches Attest (Kopie)
- Fachärztliche Stellungnahme / Therapiebericht (Kopie)
- Schwerbehindertenausweis / GdB-Bescheid (Kopie, falls vorhanden)
- Aktueller Bescheid zur Grundsicherung / ALG II / sonstige Leistungen (falls vorhanden)
- Pflegegutachten / Pflegegradbescheid (falls vorhanden)
- [Weitere Unterlagen nach eigenem Ermessen ergänzen]

Für Rückfragen stehe ich unter den oben genannten Kontaktdaten gerne zur Verfügung. Ich bitte um eine schriftliche Bestätigung des Antrags Eingangs sowie um Mitteilung des zuständigen Sachbearbeiters / der zuständigen Sachbearbeiterin und der voraussichtlichen Bearbeitungsdauer.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift

Vor- und Nachname in Druckschrift

[Nur ausfüllen, wenn Sie einen gesetzlichen Betreuer / eine gesetzliche Betreuerin haben:]

NAME DES GESETZLICHEN BETREUERS / DER BETREUERIN

TELEFON / E-MAIL

Rechtliche Hinweise: Dieser Musterbrief wurde von autismus-ratgeber.de erstellt und dient ausschließlich zur allgemeinen Orientierung. Er ersetzt keine Rechts- oder Sozialberatung. Die individuelle Ausgestaltung des Antrags sollte idealerweise mit einer Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB, rehadat.de/eutb) oder einem Sozialrechtsanwalt / einer Sozialrechtsanwältin abgestimmt werden. Rechtsgrundlagen können sich ändern – bitte

aktuelle Fassung des SGB IX prüfen (Stand der Vorlage: Juli 2026).