

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Ich / Wir beantrage(n)

Grundleistungen nach § 3 AsylbLG

außerhalb von Einrichtungen i.S. des § 44 AsylG oder vergleichbarer Einrichtung

Bedarf an Grundlagen:

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Unterkunft | <input type="checkbox"/> Heizung | <input type="checkbox"/> Kleidung | <input type="checkbox"/> Gesundheitspflege |
| <input type="checkbox"/> Gebrauchs- und Verbrauchsgüter des Haushalts
(notwendiger Bedarf) | | | | <input type="checkbox"/> persönliche Bedürfnisse des
täglichen Lebens
(notwendiger persönlicher Bedarf) |

Leistungen nach § 4 AsylbLG bei

- Krankheit Art der Erkrankung: _____
- Schwangerschaft, derzeit _____ Schwangerschaftswoche; (voraussichtliche Geburt am: _____)

Sonstige Leistungen nach § 6 AsylbLG für: _____

Leistungen in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG als

- Asyl-HLU (vgl. §§ 19 Absatz 1; 27 ff. SGB XII)
- Asyl-Hilfe entsprechend Kapitel 5-9 SGB XII Hilfe-Art nach Kap. 5 - 9 SGB XII: _____

I. Persönliche Verhältnisse

	des Antragstellers	des Ehegatten / des Lebenspartners / des Partners der eheähnlichen Gemeinschaft (auch des geschiedenen oder getrennt lebenden Partners)
1. Familienname (auch Geburtsname)		
2. Vorname(n)		
3. Geburtsdatum		
4. Geburtsort / Land Geschlecht		
5. Staatsangehörigkeit/Religion		
6. Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend
7. Wohnort, (ggf. Gemeindeteil) Straße, Haus-Nr.		
8. Der Antragsteller bzw. Ehegatte / Lebenspartner ist untergebracht in einer		
• Aufnahmeeinrichtung i.S. von § 44 AsylG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Gemeinschaftsunterkunft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• sonstige Art der Unterkunft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Persönliche Verhältnisse	des Antragstellers	des Ehegatten / des Lebenspartners / des Partners der eheähnlichen Gemeinschaft (auch des geschiedenen oder getrennt lebenden Partners)
9. Aufenthaltsrechtlicher Status		
9.1 Wann wurde Asylantrag gestellt?		
Datum		
Behörde, Grenzübergang		
9.2 Aufenthaltsgestattung nach § 55 AsylG liegt vor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9.3 Antragsteller will über Flughafen einreisen, die Einreise ist jedoch nicht oder noch nicht gestattet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9.4 Antragsteller besitzt einen Aufenthaltstitel	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein und zwar: _____ Behörde: _____	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein und zwar: _____ Behörde: _____
9.5 Antragsteller verfügt über eine Duldung <input type="checkbox"/> weil die Ausreise noch nicht erfolgen kann und aufenthaltsbeendende Maßnahmen nicht vollzogen werden können, weil humanitäre, rechtliche oder persönliche Gründe oder das öffentliche Interesse entgegenstehen. <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gründe: _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gründe: _____ _____ _____ _____
9.6 Antragsteller ist vollziehbar zur Ausreise verpflichtet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9.7 Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge hat über den Asylantrag	<input type="checkbox"/> noch nicht entschieden <input type="checkbox"/> positiv entschieden <input type="checkbox"/> negativ entschieden	<input type="checkbox"/> noch nicht entschieden <input type="checkbox"/> positiv entschieden <input type="checkbox"/> negativ entschieden
9.8 Gegen die Entscheidung des Bundesamtes ist zur Zeit eine Klage anhängig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beim Verwaltungsgericht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beim Verwaltungsgericht
10. Sind Sie oder ein Haushaltsmitglied nach Leistungsanspruchnahme aus der Bundesrepublik Deutschland ausgereist? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wer? Wann? Warum?	

II. Familienverhältnisse:

Außer dem Antragsteller und seinem Ehegatten/Lebenspartner leben noch in dessen/deren Haushalt.

	1	2	3	4	5
1. Familienname (ggf. auch Geburtsname)					
2. Vorname(n)					
3. Geburtsdatum					
4. Staatsangehörigkeit					
5. Wann wurde Asylantrag gestellt? Datum					
Behörde, Grenzübergang					
6. Aufenthaltsrechtlicher Status (jeweils Nachweis vorlegen) Bitte tragen Sie analog Punkt I. 9.2 – I. 9.5 ein.	I. 9. ____				
6.1 Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge hat über den Asylantrag ...	<input type="checkbox"/> noch nicht entschieden <input type="checkbox"/> positiv entschieden <input type="checkbox"/> negativ entschieden	<input type="checkbox"/> noch nicht entschieden <input type="checkbox"/> positiv entschieden <input type="checkbox"/> negativ entschieden	<input type="checkbox"/> noch nicht entschieden <input type="checkbox"/> positiv entschieden <input type="checkbox"/> negativ entschieden	<input type="checkbox"/> noch nicht entschieden <input type="checkbox"/> positiv entschieden <input type="checkbox"/> negativ entschieden	<input type="checkbox"/> noch nicht entschieden <input type="checkbox"/> positiv entschieden <input type="checkbox"/> negativ entschieden
6.2 Gegen die Entscheidung des Bundesamtes ist zurzeit eine Klage anhängig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein beim _____				
7. Familienstand					
8. Stellung zum Haushaltsvorstand					
9. Beruf					
10. Arbeitgeber					
11. Bargeld	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
12. Spar- und Bankguthaben	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
13. Haus- und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
14. Sonstige Vermögenswerte, und zwar ...	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
15. Höhe des Einkommens (monatlich netto)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR

III. Unterhaltspflichtige Personen gegenüber dem Antragssteller, soweit nicht bereits oben

angegeben. (z. B. der getrenntlebende oder geschiedene Ehegatte/Lebenspartner, eheliche, als ehelich erklärte, adoptierte Kinder, Kinder nicht miteinander verheirateter Eltern, die Eltern) Für weitere Personen bitte Beiblatt verwenden!

Nr.	Familienname Vorname(n)	Geburtsdatum	Familienstand	Verwandt mit (Vgl. Ziff I.)	Verwandtschaftsverhältnis	Straße, Nr. Wohnort mit Postleitzahl
1.						
2.						
3.						

IV. Einkommensverhältnisse des Antragstellers und seiner Angehörigen

(Nachweis über Art und Höhe. der Einkünfte, z. B. Verdienstbescheinigung, Bescheide über sonstige Sozialleistungen beifügen)

Art des Einkommens	Antragsteller EUR	Ehegatte/ Lebenspartner EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II.				
			1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR	5 EUR
Erwerbseinkommen							
Handel, Gewerbe							
Kindergeld							
Krankengeld							
Arbeitslosengeld oder Grund- sicherung für Arbeitssuchende							
Unterhalt von Angehörigen							
Weiteres Einkommen							

V. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge

(Bitte Nachweise beifügen!)

Ausgaben	Antragsteller EUR	Ehegatte/ Lebenspartner EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II.				
			1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR	5 EUR
Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steuern auf Einkommen einschl. Solidaritätszuschlag							
Sozialversicherungs- beiträge							
Kranken- /Pflegeversicherung							
Arbeitslosen- versicherung							
Rentenversicherung							
Aufwendung zur Erzielung des Einkommens (z. B. Fahrtkosten)							
sonstiges							

VI. Vermögenswerte:

a) des Antragstellers	b) des Ehegatten/Lebensgefährten	c) sonstiger Haushaltsmitglieder Nr. II
Spar-, Bank und Postsparguthaben: <input type="checkbox"/> Ich habe kein Spar- oder Bankguthaben. <input type="checkbox"/> Ich habe Spar- oder Vermögenswerte: IBAN: BIC: Betrag: EUR	Spar-, Bank und Postsparguthaben: <input type="checkbox"/> Ich habe kein Spar- oder Bankguthaben. <input type="checkbox"/> Ich habe Spar- oder Vermögenswerte: IBAN: BIC: Betrag: EUR	Spar-, Bank und Postsparguthaben: <input type="checkbox"/> Ich habe kein Spar- oder Bankguthaben. <input type="checkbox"/> Ich habe Spar- oder Vermögenswerte: IBAN: BIC: Betrag: EUR
IBAN: BIC: Betrag: EUR	IBAN: BIC: Betrag: EUR	IBAN: BIC: Betrag: EUR

Bargeld: Ich verfüge über Bargeld in Höhe von EUR	Bargeld: Ich verfüge über Bargeld in Höhe von EUR	Bargeld: Ich verfüge über Bargeld in Höhe von EUR
Sonstige Vermögenswerte: <input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen <input type="checkbox"/> Ich habe sonstige Vermögenswerte in folgender Form (z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug , wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.)	Sonstige Vermögenswerte: <input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen <input type="checkbox"/> Ich habe sonstige Vermögenswerte in folgender Form (z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug , wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.)	Sonstige Vermögenswerte: <input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen <input type="checkbox"/> Ich habe sonstige Vermögenswerte in folgender Form (z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug , wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.)

VII. Arbeitsverhältnisse im letzten Jahr vor der Antragstellung / Sonstiges

(falls nicht ausreichend Platz vorhanden, gesondertes Blatt verwenden)

Art der Tätigkeit	Dauer		Beschäftigt bei (Firma/Name, Anschrift)	Gründe für etwaige Lösung des Arbeitsverhältnisses	Zuständige Krankenkasse
	Von	Bis			
Antragsteller					
Ehegatte / Lebenspartner					
Arbeitslos				<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit
Wurde bei der Agentur für Arbeit oder einer sonst zuständigen Stelle Leistungen wegen Arbeitslosigkeit beantragt?				<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Werden Leistungen wegen Arbeitslosigkeit gewährt? (Bescheinigung der Agentur für Arbeit beilegen)				<input type="checkbox"/> Nein, weil	<input type="checkbox"/> Ja. Welche?
Wann erfolgte die letzte Arbeitslosenmeldung				Datum	Kunden-Nr.

Der Antragsteller ist kranken- bzw. pflegeversichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied Monatsbetrag: EUR
a) Antragsteller ist familienversichert beim Mitglied (Name und Verwandtschaftsgrad)	
b) Derzeit bei welcher Kranken- bzw. Pflegekasse versichert?	

IX. Sonstiges:

1. Wurden bereits früher Leistungen nach dem AsylbLG oder SGB XII bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von – bis: _____ Von welcher Behörde? _____
2. Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten?	
3. (Wenn in Arbeit stehend) Fahrtkosten zum Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> wöchentlich EUR <input type="checkbox"/> monatlich EUR

X. Nicht geklärte Ansprüche

Glaubt der Antragsteller, sein Ehegatte/ Lebenspartner oder eine der in Ziffer II genannten Personen weiter noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er noch keine Leistungen erhält: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja falls ja: Wann und wo wurde der Antrag gestellt?

XI. Bankverbindung

Empfänger			
IBAN		BIC	

Erklärung des Antragstellers und seines Ehegatten/Lebenspartner:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, Krankenhausaufenthalt usw. (auch von Haushaltsangehörigen) unverzüglich und unaufgefordert der die Leistung gewährenden Behörde mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch einer Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit, spätestens aber binnen 3 Tagen nach Arbeitsaufnahme, ebenfalls sofort anzeigen.

Ort, Datum	Unterschrift des Aufnehmenden	Unterschrift des Antragstellers / des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Ehegatten / Lebenspartner