

**Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**



Ich/wir beantrage(n) hiermit

- Leistungen in besonderen Fällen (§ 2 AsylbLG)
- Grundleistungen (§ 3 AsylbLG)
- Leistungen bei
  - Krankheit
  - Schwangerschaft
- Sonstige Leistungen und zwar \_\_\_\_\_

**I. Persönliche Verhältnisse**

	AntragstellerIn	Ehegatte(in)/ Lebensgefährte(in)/ Lebenspartner(in)
1 Familienname (auch Geburtsname)		
2 Vorname		
3 Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
4 Geburtsdatum		
5 Geburtsort/Land		
6 Staatsangehörigkeit		
7 Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
8 Wohnort, Straße, Haus-Nr.		
9 Unterbringung in einer		
Staatlichen Gemeinschaftsunterkunft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kommunalen Obdachlosenunterkunft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Private Wohnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10 Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> Ankunftsnachweis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> BAMF-Bescheid <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> Ankunftsnachweis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> BAMF-Bescheid <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis

11 Mobilfunknummer		
12 E-Mail-Adresse		
13 Sprache (Mehrfachnennung möglich)		

**II. Familienverhältnisse: Außer der/dem AntragstellerIn und ihrem/seinem Ehegatten leben noch in deren Haushalt**

	1	2	3	4	5
Name (ggf. auch Geburtsname)					
Vorname					
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Staatsangehörigkeit					
Familienstand					
Verwandschaftsverhältnis zum/ zur Antragsteller(in)					
Aufenthaltsstatus					

**III. Aufenthaltsverhältnisse**

Zuzug an den jetzigen Aufenthaltsort erfolgt am \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_

**IV. Einkommensverhältnisse der Antragstellerin/des Antragstellers und ihrer/seiner Angehörigen:**

Art des Einkommens	AntragstellerIn	Ehegatte	Sonstige Haushaltsmitglieder s. Nr. II				
			Zu Nr. 1	Zu Nr. 2	Zu Nr.3	Zu Nr. 4	Zu Nr. 5
Arbeitsverdienst							
Handel, Gewerbe							
Kindergeld							
Krankengeld							

ALG I							
ALG II							
Rente							
Unterhalt von Angehörigen							
Sonstiges Einkommen							

## V. Nicht geklärte Ansprüche

Glaubt der/die AntragstellerIn, sein/ihr Ehegatte oder eine der unter Nr.II genannten Personen weitere noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er/sie noch keine Leistungen erhält:

- ja Wann wurde der Antrag gestellt? \_\_\_\_\_  
 nein

## VI. Arbeitsverhältnisse im letzten Jahr vor der Antragstellung

Art der Tätigkeit	Dauer vom - bis	beschäftigt bei (Name und Anschrift)	Gründe für Lösung des Arbeitsverhältnisses
AntragstellerIn			
Ehegatte			

## VII. Sonstiges

- Wie sind Sie eingereist:  Flugzeug  Zug/Bus  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Grund der Einreise: \_\_\_\_\_
- Besitzen Sie einen Pass oder Personalausweis aus Ihrem Heimatland?  Nein  Ja
- Wurde bereits früher Sozialhilfe bezogen?  
 Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Behörde: \_\_\_\_\_  
 nein
- Besteht eine Verpflichtungserklärung nach § 68 Aufenthaltsgesetz?  Nein  Ja, Kopie ist beigelegt
- Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten: \_\_\_\_\_

## VIII. Kranken- und Pflegeversicherung

AntragstellerIn	Ehegatte	
Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse	
Versicherungs- /Mitgliedsnummer	Versicherungs- /Mitgliedsnummer	

Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung	Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung	
---	---	--

Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen besteht über

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> AntragstellerIn <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> eigene Versicherung: _____	<input type="checkbox"/> AntragstellerIn <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> eigene Versicherung: _____	<input type="checkbox"/> AntragstellerIn <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> eigene Versicherung: _____	<input type="checkbox"/> AntragstellerIn <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> eigene Versicherung: _____	<input type="checkbox"/> AntragstellerIn <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> eigene Versicherung: _____

### IX. Vermögenswerte

	der Antragstellerin/ des Antragstellers	des Ehegatten	Sonstiger Haushaltsmitglieder s. Nr. II
Ist ein Spar-, Bank-, Postspar- oder Bezahlkartenguthaben vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bezahlkartennummer			
Bankinstitut/ Postbank			
Kontonummer			
Betrag			
Bargeld in Höhe von			
Gibt es sonstige Vermögenswerte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Form (z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.)			

### X. Art der Auszahlung

1. Die Auszahlung von Leistungen erfolgt in der Regel in Form einer Bezahlkarte. Die folgenden Optionen stehen zur Verfügung:

- Alle volljährigen Personen der Bedarfsgemeinschaft sollen Zugriff auf die Leistungen der gesamten Bedarfsgemeinschaft erhalten.
- Jede volljährige Person der Bedarfsgemeinschaft soll nur Zugriff auf ihre eigenen Leistungen erhalten.  
 Falls zutreffend: Für unsere minderjährige Kinder sollen die Leistungen gezahlt werden an:  Mutter     Vater

## Erklärung über Rückbuchungs- und Auskunftsvollmacht

Hiermit bevollmächtigte(n) ich/wir, \_\_\_\_\_ (bitte ALLE volljährigen Personen der Bedarfsgemeinschaft eintragen) die untere Aufnahmebehörde des Landratsamts Ludwigsburg zu Unrecht überwiesene Geldleistungen – beispielsweise wenn Geldleistungen trotz Ausreise aus Deutschland überwiesen worden sind – sowohl von meiner/unseren Bezahlkarte(n), als auch von meinem/unseren bei der \_\_\_\_\_ geführten Spar- bzw. Girokonto abzubuchen, soweit sie diesem beziehungsweise diesen bereits gutgeschrieben sind.

Die untere Aufnahmebehörde des Landratsamts Ludwigsburg darf ohne Vorlage des Sparkassenbuches die Rückzahlung vornehmen.

Außerdem ermächtige(n) ich/wir die untere Aufnahmebehörde, unter Befreiung vom Bankgeheimnis, jede Auskunft über die Höhe meiner/unserer Kontostände sowie der Bewegungen auf den Konten beim entsprechenden Bankinstitut, während der letzten 6 Monate, einzuholen.

## Erklärung über Richtigkeit der Angaben

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

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse (z.B. Kindergeld, Wohngeldzahlungen, Kfz Besitz), vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, Krankenhausaufenthalt usw. (auch von Haushaltsangehörigen) unverzüglich und unaufgefordert der die Leistung gewährende 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. Beweismittel sind bei der die Leistung gewährenden Behörde zu benennen und auf Verlangen vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen. Wer dies nicht tut oder nicht rechtzeitig, handelt ordnungswidrig. Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße von bis zu 5.000 Euro geahndet werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift der/des Aufnehmenden

---

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers/der gesetzl. Vertreterin/des gesetzl. Vertreters

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der Ehegatten(in)/ Lebensgefährten(in)/ Lebenspartners(in)

---

## Hinweise zur Abgabe des Antrages

Den vollständig ausgefüllten Antrag können Sie wie folgt bei den Geschäftsteilen Leistungen Asyl (GT330/331) einreichen:

- Am besten per Mail an: **asylbewerber@landkreis-ludwigsburg.de**
  - Oder per Post an unsere Postadresse:  
**Landratsamt Ludwigsburg**  
**GT 330/331**  
**Hindenburgstraße 40**  
**71638 Ludwigsburg**
  - Wenn Sie den Antrag persönlich vorbeibringen wollen, vereinbaren Sie bitte vorab einen Termin unter der Nummer: **07141/144-42488**
-