

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/ Lebensgefährte(in)/ Lebenspartner(in)
1 Familienname (auch Geburtsname)		
2 Vorname		
3 Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
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

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"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Staatsangehörigkeit					
Familienstand					
Verwandtschaftsverhältnis 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

1. Wurde bereits früher Sozialhilfe bezogen?

Ja, von – bis _____ Behörde _____
 nein

2. Besteht eine Verpflichtungserklärung nach § 68 Aufenthaltsgesetz? Nein Ja , Kopie ist beigefügt

3. 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"/> AntragstellerIn <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AntragstellerIn <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AntragstellerIn <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AntragstellerIn <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> eigene Versicherung: _____	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung: _____	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung: _____	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung: _____	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung: _____

IX. Vermögenswerte

	der Antragstellerin/ des Antragstellers	des Ehegatten	Sonstiger Haushaltsmitglieder s. Nr. II
Ist ein Spar-, Bank oder Postspar-guthaben 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
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.)			

Erklärung über Rückbuchungs- und Auskunftsvollmacht

Hiermit bevollmächtige ich, _____, die untere Aufnahmebehörde des Landratsamts Ludwigsburg zu Unrecht überwiesene Geldleistungen – beispielsweise wenn Geldleistungen trotz Ausreise aus Deutschland überwiesen worden sind – von meinem bei der _____ geführten Spar- bzw. Girokonto abzubuchen, soweit sie dem Konto bereits gutgeschrieben sind.

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

Außerdem ermächtige ich die untere Aufnahmebehörde unter Befreiung vom Bankgeheimnis, jede Auskunft über die Höhe meines Kontostandes sowie der Bewegungen auf dem Konto während der letzten 6 Monate beim entsprechenden Bankinstitut einzuholen.

Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers und ihres/seines Ehegatten:

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 Ehegatten