



# Antrag auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

### Hinweis

Die Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt aufgrund §§ 7, 15 Asylgesetz (AsylG) i.V.m. den einschlägigen landesrechtlichen Datenschutzvorschriften. Bitte belegen Sie soweit möglich Ihre Angaben, insbesondere diejenigen über Einkommen und Vermögen (z. B. durch Verdienstbescheinigungen, Leistungsbescheide, Sparbücher, Kontoauszüge u. ä.)

## 1. Beantragte Leistung

- Grundleistungen gem. § 3 AsylbLG
  - Ernährung
  - Unterkunft
  - Heizung
  - Kleidung
  - Gesundheitspflege
  - Gebrauchs-/Verbrauchsgüter des Haushalts

### Leistungen nach § 4 AsylbLG aufgrund

- Krankheit

Erkrankung

- Schwangerschaft

Derzeitige Schwangerschaftswoche	(Voraussichtl.) Entbindungstermin
----------------------------------	-----------------------------------

### Sonstige Leistungen nach § 6 AsylbLG

### Leistungen in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG



### 3. Beschäftigungsverhältnisse

	Antragstellende Person - Haushaltsvorstand		Ehegatte/Verpartnerte Person in eheähnlicher Gemeinschaft, Lebenspartnerschaft	
Zeitraum - von				
- bis				
Arbeitgebende Person (Firma, Name, Anschrift)				
Beendigungsgrund				
Zuständige Krankenkasse	Name		Name	
	Straße		Hausnummer	Straße
	PLZ	Ort	PLZ	Ort
Sind Sie derzeit arbeitslos?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> ja	
Beziehen Sie Arbeitslosengeld?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Bescheide vorlegen)		<input type="checkbox"/> ja (Bitte Bescheide vorlegen)	
	Name der Behörde		Name der Behörde	
	Straße		Hausnummer	Straße
	PLZ	Ort	PLZ	Ort

### 4. Kranken-/Pflegeversicherung

	Antragstellende Person - Haushaltsvorstand		Ehegatte/Verpartnerte Person in eheähnlicher Gemeinschaft, Lebenspartnerschaft	
Haben Sie eine Kranken-/ Pflegeversicherung?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> ja	
	Name des Versicherungsunternehmens		Name des Versicherungsunternehmens	
	Straße		Hausnummer	Straße
	PLZ	Ort	PLZ	Ort
	Monatlicher Beitrag		Monatlicher Beitrag	
		€		€

### 5. Familienangehörige (im Haushalt der "Antragstellenden Person")

	Person			
	1	2	3	4
Familienname				
Vorname				
Geburt - Datum				
- Ort				
- Staat				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> keine Angabe	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> keine Angabe	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> keine Angabe	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> keine Angabe
Familienstand				
Staatsangehörigkeit/en				
Religion				
Stellung zur "Antragstellenden Person"				
Datum Einreise/ Grenzübertritt				
Art und Anschrift der derzeitigen Unterbringung (z. B. Aufnahmeeinrichtung, Gemeinschafts- unterkunft)				
Aufenthaltstitel				
Datum Asylantrag				
Sind Sie vollziehbar zur Ausreise verpflichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Hat das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge über Ihren Asylantrag entschieden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, der Antrag wurde <input type="checkbox"/> befürwortet <input type="checkbox"/> abgelehnt am <input type="text"/> Datum (TT.MM.JJJJ)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, der Antrag wurde <input type="checkbox"/> befürwortet <input type="checkbox"/> abgelehnt am <input type="text"/> Datum (TT.MM.JJJJ)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, der Antrag wurde <input type="checkbox"/> befürwortet <input type="checkbox"/> abgelehnt am <input type="text"/> Datum (TT.MM.JJJJ)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, der Antrag wurde <input type="checkbox"/> befürwortet <input type="checkbox"/> abgelehnt am <input type="text"/> Datum (TT.MM.JJJJ)
Haben Sie Klage gegen diese Entscheidung erhoben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Verwaltungsgericht			
	Aktenzeichen	Aktenzeichen	Aktenzeichen	Aktenzeichen

## 6. Beschäftigungsverhältnisse

	Person			
	1	2	3	4
Zeitraum - von				
- bis				
Arbeitgeber/in (Name, Anschrift)				

## 7. Monatliches Einkommen

	Antragstellende Person	Ehegatte/ Lebensgefährte	Person			
			1	2	3	4
Lohn/Gehalt	€	€	€	€	€	€
Selbstständige Tätigkeit	€	€	€	€	€	€
Kindergeld	€	€	€	€	€	€
Krankengeld	€	€	€	€	€	€
Arbeitslosengeld	€	€	€	€	€	€
Unterhalt von Angehörigen	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€

## 8. Vermögensverhältnisse

	Antragstellende Person	Ehegatte/ Lebensgefährte	Person			
			1	2	3	4
Bargeld	€	€	€	€	€	€
Bank-/Sparguthaben	€	€	€	€	€	€
Kraftfahrzeug	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€
Kein Vermögen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 9. Unterhaltspflichtige Personen gegenüber der "Antragstellenden Person"

(Hinweis: Hierunter fallen z. B. getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten und eheliche, nichteheliche, als ehelich erklärte, adoptierte Kinder, sowie Ihre Eltern. Bitte geben Sie hier nur Personen an, die nicht bereits unter Nr. 5 aufgeführt sind.)

	1	2	3	4
Familienname				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft
Verwandtschaftsverhältnis zur "Antragstellenden Person"				
Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Telefonnummer, ggf. Telefax, E-Mail-Adresse)				

### 10. Wohnung

Größe	Anzahl der Räume			
	Wohnfläche - insgesamt		m <sup>2</sup>	
	- davon gewerblich genutzt		m <sup>2</sup>	
	- davon untervermietet		m <sup>2</sup>	Monatliche Mieteinnahmen €
Ausstattung	<input type="checkbox"/> Bad <input type="checkbox"/> Dusche	<input type="checkbox"/> Sammelheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen	<input type="checkbox"/> Fernheizung <input type="checkbox"/> Anzahl Beheizte Räume	<input type="checkbox"/> Etagenheizung
	Heizung/Warmwasserversorgung	Brennstoff für Heizung/Öfen <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Gas Art der Warmwasserversorgung <input type="checkbox"/> Über Zentralheizung <input type="checkbox"/> Über Boiler/Therme	<input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Koks <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Holz/Holzpellets
Mietkosten	Kaltmiete		€	<input type="checkbox"/> Die Kosten für die Warmwasserversorgung sind in den Heizkosten enthalten.
	Heizkosten		€	
	Warmwasserversorgung		€	
	sonstige Nebenkosten		€	

### 11. Leistungsbezug in der Vergangenheit

Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal Leistungen nach dem AsylbLG, Bundessozialhilfegesetz (BSHG), Sozialgesetzbuch, 2. Buch (SGB II) oder dem Sozialgesetzbuch, 12. Buch (SGB XII) bezogen?

nein

ja

Zeitraum - von				
- bis				
bezogene Leistung				
Bewilligungs- behörde				

### 12. Bankverbindung

Konto inhabende Person: Familienname		Vorname	
IBAN	BIC	Name des Kreditinstituts	

### 13. Ergänzungen

--

Die Angaben sind vollständig und richtig. Ich bestätige ausdrücklich, jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, Krankenhausaufenthalte und ähnliches (auch von Haushaltsangehörigen) unverzüglich und unaufgefordert der oben genannten Behörde mitzuteilen. Die Aufnahme jeglicher Arbeitsverhältnisse, auch geringfügig und/oder befristet, ist vor Aufnahme der Tätigkeit, spätestens jedoch 3 Werktage danach anzuzeigen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum	Unterschrift	Anlagen
------------	--------------	---------

Die **Datenschutzhinweise** des Fachbereichs Zuwanderung und Flüchtlinge zur Erhebung von personenbezogenen Daten nach Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung habe ich erhalten, verstanden und stimme der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten zu. Über meine Rechte wurde ich belehrt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller