

Eingegangen am

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

A Antragstellende Person

1. Persönliche Angaben

NAME, Vorname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geburtsland		Staatsangehörigkeit	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Telefon *		E-Mail *	

2. Wohnsitz

derzeitiger Wohnsitz in Deutschland	PLZ	Ort
	Straße	
Art der Unterkunft	<input type="checkbox"/> in einer Gemeinschaftsunterkunft <input type="checkbox"/> in einer sonstigen Art der Unterkunft (Bitte Unterkunftsart angeben, z.B. Wohnung, Wohngemeinschaft, etc.) _____	

3. Aufenthaltsrechtlicher Status

<input type="checkbox"/> Ankunftsnachweis	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung
<input type="checkbox"/> Aussetzung der Abschiebung (Duldung)	<input type="checkbox"/> vollziehbar zur Ausreise verpflichtet seit _____
<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach § _____	(AufenthG), gültig bis _____
<input type="checkbox"/> Person gem. Artikel 2 des Durchführungsbeschlusses des europäischen Rates der Richtlinie 2001/55/EG des Rates vom 20.07.2001 und zur Einführung eines vorübergehenden Schutzes (Ukrainische Staatsangehörige mit bisherigem Aufenthalt in der Ukraine ; Drittstaatsangehörige oder Staatenlose, welche nicht sicher/dauerhaft in ihr Herkunftsland zurückkehren können; oder deren Familienangehörige)	

4. Kranken- und Pflegeversicherung

Haben Sie eine Kranken- und Pflegeversicherung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> familienversichert
			<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied (Monatsbeitrag in Euro _____)	<input type="checkbox"/> privat versichert (Monatsbeitrag in Euro _____)
Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger?	_____			
Welche Versicherungsnummer?	_____			

B Ehegatte, eingetragener Lebenspartner nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft oder Partner der eheähnlichen Gemeinschaft

1. Persönliche Angaben

NAME, Vorname	_____					
Geburtsdatum	_____	Geburtsort	_____			
Geburtsland	_____	Staatsangehörigkeit	_____			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers			
Telefon *	_____		E-Mail *	_____		
derzeitiger Wohnsitz	<input type="checkbox"/> wie Antragsteller oder <input type="checkbox"/> Adresse _____					

2. Aufenthaltsrechtlicher Status

<input type="checkbox"/> Ankunftsnachweis	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung
<input type="checkbox"/> Aussetzung der Abschiebung (Duldung)	<input type="checkbox"/> vollziehbar zur Ausreise verpflichtet seit _____
<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach § _____	(AufenthG), gültig bis _____
<input type="checkbox"/> Person gem. Artikel 2 des Durchführungsbeschlusses des europäischen Rates der Richtlinie 2001/55/EG des Rates vom 20.07.2001 und zur Einführung eines vorübergehenden Schutzes (Ukrainische Staatsangehörige mit bisherigem Aufenthalt in der Ukraine ; Drittstaatsangehörige oder Staatenlose, welche nicht sicher/dauerhaft in ihr Herkunftsland zurückkehren können; oder deren Familienangehörige)	

3. Kranken- und Pflegeversicherung

Hat der Ehegatte, eingetragener Lebenspartner oder Partner eine Kranken- und Pflegeversicherung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> familienversichert
			<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied (Monatsbeitrag in Euro _____)	<input type="checkbox"/> privat versichert (Monatsbeitrag in Euro _____)
Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger?	_____			
Welche Versicherungsnummer?	_____			



weitere Haushaltsangehörige

NAME, Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht
Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Familienstand	Verhältnis zum Antragsteller
1 aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> Ankunftsnachweis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung
	<input type="checkbox"/> Aussetzung der Abschiebung (Duldung) <input type="checkbox"/> vollziehbar zur Ausreise verpflichtet seit _____
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach § _____ (AufenthG), gültig bis _____
	<input type="checkbox"/> Person gem. Artikel 2 des Durchführungsbeschlusses des europäischen Rates der Richtlinie 2001/55/EG des Rates vom 20.07.2001 und zur Einführung eines vorübergehenden Schutzes (Ukrainische Staatsangehörige mit bisherigem Aufenthalt in der Ukraine ; Drittstaatsangehörige oder Staatenlose, welche nicht sicher/dauerhaft in ihr Herkunftsland zurückkehren können; oder deren Familienangehörige)
Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied (Monatsbeitrag in Euro _____) <input type="checkbox"/> privat versichert (Monatsbeitrag in Euro _____)
Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger?	_____
Welche Versicherungsnummer?	_____

NAME, Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht
Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Familienstand	Verhältnis zum Antragsteller
2 aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> Ankunftsnachweis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung
	<input type="checkbox"/> Aussetzung der Abschiebung (Duldung) <input type="checkbox"/> vollziehbar zur Ausreise verpflichtet seit _____
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach § _____ (AufenthG), gültig bis _____
	<input type="checkbox"/> Person gem. Artikel 2 des Durchführungsbeschlusses des europäischen Rates der Richtlinie 2001/55/EG des Rates vom 20.07.2001 und zur Einführung eines vorübergehenden Schutzes (Ukrainische Staatsangehörige mit bisherigem Aufenthalt in der Ukraine ; Drittstaatsangehörige oder Staatenlose, welche nicht sicher/dauerhaft in ihr Herkunftsland zurückkehren können; oder deren Familienangehörige)
Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied (Monatsbeitrag in Euro _____) <input type="checkbox"/> privat versichert (Monatsbeitrag in Euro _____)
Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger?	_____
Welche Versicherungsnummer?	_____

NAME, Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht
Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Familienstand	Verhältnis zum Antragsteller
3 aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> Ankunftsnachweis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung
	<input type="checkbox"/> Aussetzung der Abschiebung (Duldung) <input type="checkbox"/> vollziehbar zur Ausreise verpflichtet seit _____
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach § _____ (AufenthG), gültig bis _____
	<input type="checkbox"/> Person gem. Artikel 2 des Durchführungsbeschlusses des europäischen Rates der Richtlinie 2001/55/EG des Rates vom 20.07.2001 und zur Einführung eines vorübergehenden Schutzes (Ukrainische Staatsangehörige mit bisherigem Aufenthalt in der Ukraine ; Drittstaatsangehörige oder Staatenlose, welche nicht sicher/dauerhaft in ihr Herkunftsland zurückkehren können; oder deren Familienangehörige)
Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied (Monatsbeitrag in Euro _____) <input type="checkbox"/> privat versichert (Monatsbeitrag in Euro _____)
Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger?	_____
Welche Versicherungsnummer?	_____

NAME, Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht
Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Familienstand	Verhältnis zum Antragsteller
4 aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> Ankunftsnachweis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung
	<input type="checkbox"/> Aussetzung der Abschiebung (Duldung) <input type="checkbox"/> vollziehbar zur Ausreise verpflichtet seit _____
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach § _____ (AufenthG), gültig bis _____
	<input type="checkbox"/> Person gem. Artikel 2 des Durchführungsbeschlusses des europäischen Rates der Richtlinie 2001/55/EG des Rates vom 20.07.2001 und zur Einführung eines vorübergehenden Schutzes (Ukrainische Staatsangehörige mit bisherigem Aufenthalt in der Ukraine ; Drittstaatsangehörige oder Staatenlose, welche nicht sicher/dauerhaft in ihr Herkunftsland zurückkehren können; oder deren Familienangehörige)
Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied (Monatsbeitrag in Euro _____) <input type="checkbox"/> privat versichert (Monatsbeitrag in Euro _____)
Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger?	_____
Welche Versicherungsnummer?	_____

→ Für weitere Haushaltsangehörige nutzen Sie bitte das Zusatzblatt „Zusatzblatt für weitere Haushaltsangehörige zum Antrag auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“

F Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Antragsellers und seiner Haushaltsangehörigen

1. Einkommen (monatlich in Euro) (Nachweise entsprechend beifügen)

Art des Einkommens	Antragsteller	Ehegatte/ Lebenspartner	weitere Haushaltsangehörige			
			1	2	3	4
Erwerbseinkommen						
Handel, Gewerbe						
Vermietung, Verpachtung						
Kindergeld						
Arbeitslosengeld o. Grundsicherung						
Unterhalt						
sonstiges Einkommen (z. B. Wohngeld, Bafög etc.)						

2. Vom Einkommen absetzbare Beträge (monatlich in Euro) (Nachweise entsprechend beifügen)

Art der absetzbaren Beträge	Antragsteller	Ehegatte/ Lebenspartner	weitere Haushaltsangehörige			
			1	2	3	4
Steuern auf Einkommen						
Sozialversicherungsbeiträge						
● Krankenversicherg						
● Pflegeversicherg.						
● Arbeitslosenvers.						
● Rentenversicherg.						
Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens						
● Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
● benutztes Verkehrsmittel						
● Entfernung zw. Wohnung und Arbeitsstelle						
sonstige Aufwendungen						

3. Vermögenswerte (Nachweise entsprechend beifügen)

	Antragsteller	Ehegatte/ Lebenspartner	weitere Haushaltsangehörige							
			1		2		3		4	
Spar, Bank und Postsparguthaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
→ wenn ja, IBAN										
BIC										
in Höhe (Bitte Währung €, \$ etc. angeben)										

	Antragsteller	Ehegatte/ Lebenspartner	weitere Haushaltsangehörige			
			1	2	3	4
Bargeld → wenn ja, in Höhe (Bitte Währung €, \$ etc. angeben)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Sonstige Vermögenswerte → wenn ja, in folgender Form (z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____ _____					
sonstiges						

4. Arbeitsverhältnisse im letzten Jahr vor Antragstellung (ggf. bitte auf formlosen Blatt ergänzen)

	Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner	weitere Haushaltsang. (_____)
Art der Tätigkeit			
Dauer (von-bis)			
Beschäftigt bei (Name und Anschrift)			
Gründe für Lösung des Arbeits- verhältnisses			
arbeitslos	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
Wurden Leistungen bei der Agentur für Arbeit für Arbeit o. einer anderen zuständigen Stelle beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja Bescheinigung eintragen _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja Bescheinigung eintragen _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja Bescheinigung eintragen _____

G Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft

1. Art der Unterkunft

Unterkunft vom Landkreis Saalekreis bereitgestellt Unterkunft mit eigenen Mietvertrag sonstiges _____

Bei Miete (Bitte Nachweise beifügen)

Zahl der Personen in der Wohnung _____, Wohnfläche _____ m², davon untervermietet: _____ m²

Gesamtkosten der Unterkunft _____ Euro

davon Kaltmiete _____ Euro

Nebenkosten _____ Euro

Heizungskosten _____ Euro

Sofern die Warmwasserbereitung ausnahmsweise dezentral erfolgt, Angabe über Geräte und Energiequelle _____

2. Haus- und Wohnungseigentum (Bitte Nachweise beifügen)

Soweit Sie Haus- oder Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten/Belastungen zu erstellen (Rentabilitätsberechnung). → Hierzu erhalten Sie auf Nachfrage das Formular „Kostenaufstellung selbstgenutztes Wohneigentum“.

H Sonstiges

Bestehen eventuell noch Ansprüche gegenüber anderen Behörden, aus denen noch keine Leistungen bezogen wurden?

nein ja, der Antrag wurde am _____ gestellt
wenn ja, von Behörde

I Wichtige Hinweise

Mitwirkungspflichten

Sie sind verpflichtet

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere in den Familien-, Einkommens-, Vermögens- und Wohnverhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 9 Abs. 3 AsylbLG i.V.m. § 60 Abs. 1 SGB I).
4. eine Arbeitsaufnahme spätestens nach 3 Tagen anzugeben.

Erhebung personenbezogener Daten (§§ 9 Abs. 5, 11 Abs. 3 AsylbLG; § 68 AufenthG; § 118 SGB XII)

Die mit der Ausführung dieses Gesetzes betrauten Behörden dürfen zum Zweck der Ausführung dieses Gesetzes und ausländerrechtlicher Bestimmungen in anderen Gesetzen personenbezogene Daten erheben, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz und nach ausländerrechtlichen Bestimmungen in anderen Gesetzen erforderlich ist. Personenbezogene Daten, deren Verarbeitung nach Artikel 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 untersagt ist, dürfen erhoben werden, soweit dies im Einzelfall zur Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

Weitergabe personenbezogener/medizinischer Daten (§§ 2,4 AsylbLG; § 264 Abs. 7 SGB V)

Personenbezogene und medizinische Daten werden im Rahmen der Bearbeitung der gewährten Hilfe bei Krankheit zur Abrechnung/Erstattung der Kosten an die gewählte Krankenkasse mit der KS Kommunal-Service GmbH, Im Sandgarten 4, 38536 Meinersen ausgetauscht.

J Erklärung zum Antrag auf Asylbewerberleistungen

Ergänzend zu meinen vorstehenden Angaben möchte ich folgende Erklärungen / Erläuterungen abgeben

(ggf. auf einem gesonderten Blatt)

K Erforderliche Unterlagen

Für die Bearbeitung des Antrages ist zudem notwendig (soweit zutreffend)

- vollständig ausgefüllter und unterschriebener Antrag
- Aufenthaltstitel (z.B. Ankunftsnachweis/Aufenthaltsgestattung/Duldung/Aufenthaltserlaubnis)
- Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (falls vorhanden)
- aktuelle Bescheide über Leistungen anderer Sozialhilfeträger (z.B. SGB II, SGB XII etc., wie Wohngeld, Bafög, u.s.w.)
- Nachweis über den Bezug/Nichtbezug von Kindergeld
- Nachweis über den Bezug/Nichtbezug von Elterngeld
- Meldebescheinigung
- Mietvertrag und letzte Betriebskostenabrechnung (bei privater Wohnraummiete)
- Nachweis über eine eventuell bestehende Krankenversicherung
- Nachweis über Vermögen (Grundstücke, Immobilien)
- Nachweis über Einkommen (Arbeitsvertrag, aktuelle Kontoauszüge, auch ausländische Kontoauszüge)
- Pass/Passersatz
- sonstige Dokumente (z.B. ID-Card, Familienbuch, Geburtsurkunde, Heiratsurkunde/Ehevertrag, Führerschein etc.)
- Unterlagen bei Einreise über das Visumverfahren
-

Soweit weitere Unterlagen, Dokumente oder sonstige Nachweise benötigt werden, wird das Ausländeramt Sie zur Einreichung auffordern.

Ich versichere, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht und ebenso die oben genannten Hinweise, insbesondere die Mitwirkungspflichten zur Kenntnis genommen zu haben. Ich bestätige unterrichtet worden zu sein, dass jede Veränderung der oben genannten Angaben unverzüglich und unaufgefordert dem Ausländeramt mitzuteilen sind.

Datum	
	Unterschrift (eigenhändig; bei Kindern unter 18 Jahren gesetzliche Vertreter)