

Behörde (Stempel)

### Antrag auf Leistungen nach dem AsylbLG

Hinweis nach § 67 a Sozialgesetzbuch SGB X  
Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden  
aufgrund der §§ 60 ff SGB I erhoben.

Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Art der beantragten Leistung:** Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen	m   w   d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	m   w   d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>Hilfesuchender (HS)</b>	<b>Lebenspartner</b>
Familienname		
Geburtsname		
Vorname		
Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ und Ort		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand		
Stellung im Haushalt		
Staatsangehörigkeit		
aufenthaltsrechtlicher Status		

#### **Weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft**

Persönliche Verhältnisse	m   w   d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	m   w   d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	m   w   d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	m   w   d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Familienname			
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Stellung zum HS				
Staatsangehörigkeit				
aufenthaltsrechtlicher Status				

#### **Bargeld, Vermögen**

Person	Art und Wert

**Bestehende Konten (auch im Ausland)** Bitte vermerken, ob Zugriff auf Konten besteht.

Person	Art und Wert

**Kosten der Unterkunft / Heizung sind gesondert nachzuweisen**

Vermieter: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung**

Person	Versicherung
Siehe antragstellende Person	nicht vorhanden

**Angehörige des Hilfesuchenden außerhalb der Haushaltsgemeinschaft** Nur Verwandte in Deutschland relevant

Familienname, Vorname	Anschrift

**Aufenthaltsverhältnisse des Hilfesuchenden**

Zugezogen am	von	Grund Krieg/Flucht
Wurden bereits Leistungen erbracht? Nein <input type="checkbox"/> Ja, von <input type="checkbox"/>		bis

**Bei Übertritt aus dem Ausland**

Tag des Übertritts	Ort des Übertritts
--------------------	--------------------

## **Wichtige Hinweise**

Hinweis Arbeit und Aushilfe	erl.:
Hinweis Einkommen	erl.:
Hinweis Mitteilungspflichten	erl.:
Hinweis Vorsprache Ausländeramt	erl.:
PKW-Haltung	erl.:

## **Antragsbegründung:**

z.B. Mittellosigkeit aufgrund von Flucht. Wichtig Mittellosigkeit muss mitgeteilt werden!

## **Bankverbindung**

bei: _____ (BLZ) _____
Konto: _____ Inhaber: _____

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der leistungsgewährenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir – jedoch nicht von meinen Erben – bis zum 5. eines jeden Monats für die darauf folgende Zahlung widerrufen werden.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I – SGB I -). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – StGB -) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit – z.B. Klinikaufenthalte –), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

\_\_\_\_\_  
Hilfesuchender oder sein gesetzlicher Vertreter    Ehegatte    \_\_\_\_\_ aufgenommen durch

Sprachmittler: \_\_\_\_\_