

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



Ich/Wir beantrage/n hiermit:

- Grundleistungen nach § 3 AsylbLG
- Krankenhilfeleistungen nach § 4 AsylbLG
- Sonstiges: .....

## 1. Persönliche Verhältnisse

### 1.1. Antragsteller\*in

Name, Vorname, ggf. Geburtsname:	.....
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum/ Geburtsort:	.....
Anschrift:	.....
Telefonnummer/ E-Mailadresse für Rückfragen (freiwillige Angabe):	.....
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet, seit ..... <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit ..... <input type="checkbox"/> geschieden seit .....
Staatsangehörigkeit:	.....
Aufenthalts- rechtlicher Status:	<input type="checkbox"/> Ankunftsnachweis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Fiktionsbescheinigung <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> BAMF-Bescheid <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....
Einreise:	Datum der Einreise: ..... mit Visum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde ein Asylantrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, in ..... <input type="checkbox"/> nein Wurde in einem anderen Staat ein Asylantrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, in ..... <input type="checkbox"/> nein Wurden bereits in einem anderen Staat Leistungen bezogen? <input type="checkbox"/> ja, in ..... <input type="checkbox"/> nein

**1.2. Antragsteller\*in / Ehegatt\*in / Lebensgefähr\*in / Lebenspartner\*in zu Nr. 1.1**

Name, Vorname, ggf. Geburtsname:	.....
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum/ Geburtsort:	.....
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet, seit..... <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit ..... <input type="checkbox"/> geschieden seit .....
Staatsangehörigkeit:	.....
Aufenthaltsrechtlicher Status:	<input type="checkbox"/> Ankunftsnachweis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Fiktionsbescheinigung <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> BAMF-Bescheid <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....
Einreise:	Datum der Einreise: ..... mit Visum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde ein Asylantrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, in ..... <input type="checkbox"/> nein Wurde in einem anderen Staat ein Asylantrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, in ..... <input type="checkbox"/> nein Wurden bereits in einem anderen Staat Leistungen bezogen? <input type="checkbox"/> ja, in ..... <input type="checkbox"/> nein

**1.3. Weitere geflüchtete Personen des Haushalts, mit denen der/die Hilfesuchende in Bedarfsgemeinschaft lebt und für die Leistungen beantragt werden**

→ Für volljährige Personen bitte jeweils einen eigenen Antrag ausfüllen.  
→ Bitte Kopie aller Pässe/Geburtsurkunden beifügen, soweit vorhanden.

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

**1.4. Liegt eine Schwangerschaft bei einer der in 1.1 - 1.3 aufgeführten Personen vor?**

nein     ja – Wenn ja, fügen Sie dem Antrag bitte eine Kopie des Mutterpasses bei.

**1.5. Weitere Personen, die im selben Haushalt leben und keine Leistungen nach AsylbLG beantragen**

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Verbindung/Relation zum Antragstellenden (Familienmitglied, Freund/Bekannter etc.)
1.			
2.			
3.			

→ Bei weiteren Personen bitte Beiblatt verwenden.

**2. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts in Deutschland**  
(Verwandtschaftsverhältnis in gerader Linie – Großeltern, Eltern, Kinder sowie Ehegatten)

1.	Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis: ..... Anschrift: .....
2.	..... Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis ..... Anschrift
3.	..... Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis ..... Anschrift
4.	..... Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis ..... Anschrift

**3. Wohnverhältnisse des/der Antragsteller/s**

Ich/wir leben

<input type="checkbox"/>	in einer Gemeinschaftsunterkunft
<input type="checkbox"/>	in einer kommunalen Obdachlosenunterkunft Die monatliche Nutzungsgebühr beträgt ..... €. → <b>Bitte fügen Sie eine Kopie des Nutzungsgebührenbescheides dem Antrag bei.</b>
<input type="checkbox"/>	in privatem Wohnraum Die Wohnungsmiete beträgt monatlich gesamt ..... €. → <b>Bitte fügen Sie eine vollständige Kopie des Mietvertrages sowie eine ausgefüllte Mietbescheinigung dem Antrag bei.</b>
<input type="checkbox"/>	mietfrei
<input type="checkbox"/>	im eigenen Haus / Eigenheim
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: .....
Seit wann leben Sie am Ort der Antragstellung? .....	
Von wo sind Sie zugezogen? .....	

#### 4. Krankenversicherung

→ Bitte Nachweise beifügen!

Waren Sie oder Ihre Familienangehörigen in Ihrem Heimatland krankenversichert?  
 nein       ja      Bitte Name und Anschrift der Krankenversicherung angeben:  
 .....

Besteht / bestand eine Krankenversicherung in Deutschland?  
 nein       ja      Bitte Name und Anschrift der Krankenversicherung angeben:  
 .....

Art der Versicherung       pflichtversichert       freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung  
     als Familienangehöriger       als Rentenantragsteller  
     privat versichert

Der monatliche Beitrag beträgt ..... €.

#### 5. Einkommensverhältnisse

Einkommen des/der Antragsteller/s und aller im Haushalt lebenden Familienangehörigen:

##### 5.1. aus Erwerbstätigkeit

	<b>Antragsteller aus 1.1.</b> monatliches Einkommen im Durchschnitt	<b>Antragsteller 1.2</b> monatliches Einkommen im Durchschnitt
<b>Versicherungspflichtige Tätigkeit</b> (Lohn, Gehalt, Ausbildungsvergütung etc.)		
<b>Selbständige Tätigkeit</b>		
<b>Geringfügige Beschäftigung</b>		
<b>Erhalten Sie Sachleistungen?</b> (z.B. Essen, Wohnung etc.) Art und Umfang		
<b>Pfändungen / Abtretungen</b>		
<b>Berufsbedingte Aufwendungen</b> (z.B. Fahrtkosten, Verpflegung etc.)		
<b>Liegt bei Ihren im Antrag aufgeführten Familienangehörigen Einkommen aus Erwerbstätigkeit vor?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei wem und welcher Art: ..... .....	
Bitte fügen Sie dem Antrag entsprechende Nachweise (Lohnabrechnungen der letzten drei Monate, Gewinn- und Verlustrechnung etc.) bei.		

##### 5.2. aus Rente

Erhalten Sie Rente oder haben Sie Anspruch auf ausländische Rente?  
 nein       ja (Alters-, Witwen, Waisen-, Unfall-, Betriebsrente etc.)

Wenn ja, welcher Art? .....

Bitte fügen Sie eine Kopie des Rentenbescheides bei.

### 5.3. Sonstiges Einkommen

Erhalten Sie sonstiges Einkommen aus	
<input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> Kindergeldzuschuss <input type="checkbox"/> Leistungen SGB II (Arbeitslosengeld 2 – Jobcenter) <input type="checkbox"/> Leistungen SGB III (Arbeitslosengeld 1) <input type="checkbox"/> Leistungen SGB XII (Grundsicherung, Leistungen zum Lebensunterhalt) <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Elterngeld <input type="checkbox"/> Sonstiges regelmäßiges Einkommen:  .....	
Sofern eine oder mehrere Angaben zutreffend sind, fügen Sie bitte dem Antrag entsprechende Nachweise bei.	
<input type="checkbox"/> Ich/Wir verfüge/n über keinerlei Einkommen.	

### 6. Vermögen

Die folgenden Angaben betreffen alle Antragsteller des Antrags auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

Auch Vermögen im Ausland ist anzugeben!

#### 6.1. Grundvermögen

Bebaute oder unbebaute Grundstücke	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Art und Ort: ..... Geschätzter Wert: .....
------------------------------------	--

#### 6.2. Geldvermögen

Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von ..... €
Guthaben, Forderungen, Girokonten	Bankname: ..... Konto-/Vertragsnummer: ..... In Höhe von: ..... €
Ansprüche gegen Dritte	Art des Anspruchs: ..... Name des Schuldners: ..... In Höhe von: .....€

#### 6.3. Sonstiges Vermögen

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebens-Sterbegeldversicherung,</li> <li>• Bausparversicherung</li> <li>• Wertpapiere, Aktien, Sparbriefe</li> <li>• Schmuck, Edelmetalle, Edelsteine</li> <li>• Kunstgegenstände, Antiquitäten</li> <li>• Betriebsvermögen,</li> <li>• Ansprüche gegen Dritte (Darlehen etc.).</li> </ul>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welcher Art:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kraftfahrzeug (Auto, Roller, Motorrad)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welcher Art..... Kennzeichen: .....
<input type="checkbox"/> Ich/Wir und meine genannten Familienangehörigen haben keinerlei Vermögen.	

## 7. Bankverbindung

Die Überweisung der bewilligten Geldleistungen erbitte/n ich/wir zum nächstmöglichen Termin auf das Konto:

Name des Kontoinhabers:	
Adresse des Kontoinhabers:	
Kontonummer/IBAN:	DE _____
Bankleitzahl/Swift-Bic:	
Name der Bank:	

Gleichzeitig ermächtige ich die genannte Bank auf Anforderung des Landratsamt Heilbronn, Migration und Integration, Zahlungen zu Lasten dieses Kontos zu leisten, soweit das Guthaben aus der Überweisung von sozialen Geldleistungen dieses Amtes herrührt.

Diese Erklärung gebe ich für den Fall ab, dass Zahlungen an solchen sozialen Geldleistungen überwiesen werden, die mir nicht zustehen.

Diese Ermächtigung hat gegebenenfalls auch Wirkung gegenüber meinen späteren Erben.

## Einwilligung zur Weitergabe von Behandlungsausweisen für die ärztliche / zahnärztliche Behandlung

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass das Landratsamt Heilbronn als untere Aufnahmebehörde Behandlungsausweise für die ärztliche/zahnärztliche Behandlung im Rahmen der Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) bei Bedarf direkt an die Leistungserbringer der Krankenhilfe (z.B.: Arzt, Zahnarzt, Kliniken, Notfallpraxis etc.) übermittelt.

Diese Erklärung gilt bis zu ihrem Widerruf. Der Widerruf ist jederzeit schriftlich möglich.

ja, ich/wir bin/sind einverstanden

nein, ich/wir bin/sind nicht einverstanden

## 8. Erklärung

Ich/wir versichern/e die Wahrheit und Vollständigkeit meiner/unsere Angaben. Insbesondere wurden alle Einkünfte und das gesamte Vermögen, auch der in meiner/unsere Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen, lückenlos angegeben. Mir/uns ist bekannt, dass ich mich/wir uns wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache/n (Betrug § 263 Strafgesetzbuch) und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückerstatten muss/müssen.

Über meine/unsere Mitwirkungspflichten, die Grenzen der Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) wurde ich / wurden wir unterrichtet. Es besteht die Verpflichtung, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erforderlich sind. Insbesondere Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, die Aufnahme jeder Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) ist dem Landratsamt Heilbronn, Migration und Integration, dem Sachgebiet Leistungen nach dem AsylbLG unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund der §§ 60 - 65 SGB I erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Werden keine, unvollständige oder nicht alle erforderlichen Angaben gemacht, kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Personenbezogene Daten werden im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet.

Die Möglichkeit zur Einsicht zur Datenschutzerklärung unter <https://www.landkreis-heilbronn.de/leistungen-fluechtlinge> habe ich zur Kenntnis genommen.

Als Betreuer/Bevollmächtigter (Vollmacht ist beigelegt) gebe ich diese Erklärungen im Namen des Antragstellers ab.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Antragsteller (1.1) oder Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Antragsteller (1.2) oder Bevollmächtigte/r