

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

**Hinweis zum Ausfüllen:
Nicht Zutreffendes bitte streichen.**

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: <input type="checkbox"/> mit Visum <input type="checkbox"/> ohne Visum Haben Sie einen Asylantrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, in <input type="checkbox"/> nein Haben Sie in einem anderen Staat einen Asylantrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, in <input type="checkbox"/> nein Haben Sie bereits in einem anderen Staat Leistungen bekommen? <input type="checkbox"/> ja, in <input type="checkbox"/> nein

1.2. Antragsteller/in, Ehegatt/in, Lebensgefährt/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: <input type="checkbox"/> mit Visum <input type="checkbox"/> ohne Visum Haben Sie einen Asylantrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, in <input type="checkbox"/> nein Haben Sie in einem anderen Staat ein Asylantrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, in <input type="checkbox"/> nein Haben Sie bereits in einem anderen Staat Leistungen bekommen? <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 ein Beiblatt verwenden.

2. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts (auch Ausland)
(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 €. <p>→ Bitte fügen Sie dem Antrag eine Kopie des Nutzungsgebührenbescheides bei.</p>
<input type="checkbox"/> in privatem Wohnraum Die Wohnungsmiete beträgt monatlich gesamt €. <p>→ Bitte fügen Sie eine vollständige Kopie des Mietvertrages sowie eine ausgefüllte Mietbescheinigung dem Antrag bei.</p>
<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

	Antragsteller aus 1.1. monatliches Einkommen im Durchschnitt	Antragsteller 1.2 monatliches Einkommen im Durchschnitt
Versicherungspflichtige Tätigkeit (Lohn, Gehalt, Ausbildungsvergütung etc.)		
Selbständige Tätigkeit		
Geringfügige Beschäftigung		
Erhalten Sie Sachleistungen? (z.B. Essen, Wohnung etc.) Art und Umfang		
Pfändungen / Abtretungen		
Berufsbedingte Aufwendungen (z.B. Fahrtkosten, Verpflegung etc.)		
Liegt bei Ihren im Antrag aufgeführten Familienangehörigen Einkommen aus Erwerbstätigkeit vor?	<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

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

<p><input type="checkbox"/> Ich/Wir verfüge/n über keinerlei Einkommen im Sinne von 5.1 bis 5.3 oder weiteres.</p>
--

6. Vermögen

Die folgenden Angaben betreffen alle Antragstellenden des Antrags auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Auch Vermögen im Ausland muss angegeben werden!

6.1. Grundvermögen

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

6.2. Geldvermögen

Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von €
Guthaben, Forderungen, Girokonten	Name der Bank: 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"> • Lebens- oder Sterbegeldversicherung, • Bausparversicherung • Wertpapiere, Aktien, Sparbriefe • Schmuck, Edelmetalle, Edelsteine • Kunstgegenstände, Antiquitäten • Betriebsvermögen, • Ansprüche gegen Dritte (Darlehen etc.). 	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja – welcher Art:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kraftfahrzeug (Auto, Roller, Motorrad) 	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welcher Art.....</p> <p>Kennzeichen:</p>

<p><input type="checkbox"/> Ich/Wir und meine genannten Familienangehörigen haben keinerlei Vermögen im Sinne von 6.1 bis 6.3.</p>
--

7. Bezahlkarte / Bankverbindung

Hinweis:

Die Leistungen werden entsprechend der Vorgaben des AsylbLG in Form von Geld- oder Sachleistungen, einer Bezahlkarte, Wertgutscheinen oder anderen unbaren Abrechnungen erbracht.

Ich bitte / wir bitten darum die Leistungen entsprechend zu Verfügung zu stellen.

7.1 Bezahlkarte

Ich bin im Besitz einer Bezahlkarte (SocialCard) / wir sind im Besitz von Bezahlkarten (SocialCard) mit folgender/n Kartennummern

	19-stellige Kartennummer eintragen
zu Nr. 1.1	
zu Nr. 1.2	

Befinden sich weitere Bezahlkarten in Ihrem Besitz?

nein ja

Falls ja – bitte Kartennummer eintragen _____

7.2 Bankverbindung

Des Weiteren verfüge ich bzw. verfügen wir über eine Bankverbindung

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

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

Diese Erklärung gebe ich / geben wir für den Fall ab, dass Zahlungen in Form von Geldleistungen überwiesen werden, die mir / uns nicht zustehen.

Diese Ermächtigung hat gegebenenfalls auch Wirkung gegenüber meinen späteren Erben.

8. Einwilligung zur Weitergabe von Behandlungsausweisen für die ärztliche / zahnärztliche Behandlung & Schweigepflichtsentbindung

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass das Landratsamt Heilbronn als untere Aufnahmebehörde im Rahmen der Krankenhilfe nach dem AsylbLG Behandlungsausweise für Asylbewerber bei Bedarf direkt an die Leistungserbringer versendet (z.B. Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Notfallpraxen etc.)

Ich bin/Wir sind zudem damit einverstanden, dass das Landratsamt Heilbronn als untere Aufnahmebehörde und das Gesundheitsamt des Landkreis Heilbronn die nötigen Auskünfte und Unterlagen von den Leistungserbringern erhalten. So können diese über die von mir/uns gewünschte Maßnahme entscheiden. Ich erlaube/Wir erlauben den Ärzten im Rahmen der Krankenhilfe Informationen über uns weiterzugeben/entbinde/n diese von deren ärztlicher Schweigepflicht

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

ja, ich bin / wir sind einverstanden nein, ich bin / wir sind nicht einverstanden

9. Erklärung zur Direktzahlung von Kosten der Unterkunft und Heizung

Ich möchte / Wir möchten, dass die Kosten der Unterkunft und Heizung direkt an den Vermieter oder berechnigte Dritte überwiesen werden.

10. Erklärung

Ich versichere/Wir versichern, dass meine/unsere Angaben wahr und vollständig sind. Es wurden alle Einkünfte und das gesamte Vermögen lückenlos angegeben. Sowohl auch die Einkünfte und das Vermögen meiner Person als auch der in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen.

Mir ist bekannt/uns ist bekannt, dass ich mich/wir uns wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache/n (Betrug gemäß § 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. im Ersten Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) wurde ich/wurden wir unterrichtet. Es besteht die Verpflichtung, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung relevant sind. Insbesondere müssen Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, eine vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte und die Aufnahme jeder Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) ist dem Landratsamt Heilbronn, Migration und Integration, Sachgebiet Leistungen nach dem AsylbLG unverzüglich und unaufgefordert mitgeteilt werden.

Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund der §§ 60 - 65 SGB I erhoben. Sie werden benötigt, um die Leistungsvoraussetzungen zu prüfen. 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.

Ich habe gesehen/ Wir haben gesehen, dass die Datenschutzerklärung hierzu Verfügung steht

<https://www.landkreis-heilbronn.de/leistungen-fluechtlinge>

11. Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r

Als Betreuer / Bevollmächtigter, gebe ich diese Erklärungen im Namen des/der Antragstellers/in ab. Die Vollmacht ist beigefügt.

Angaben des Betreuers / Bevollmächtigten
Name, Vorname
Adresse & Telefonnummer

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller/in (1.1) / Betreuer / Bevollmächtigte/r

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller/in (1.2)