**Antrag auf Gewährung von**

**Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

Kreis Bergstraße

Der Kreisausschuss   
Soziales

Graben 15

64646 Heppenheim

|  |  |
| --- | --- |
| **Hinweis**:  Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen der beigefügten Hinweise und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) i.V.m. § 9 Abs. 2 AsylbLG. | **Antragsdatum**:      **Aktenzeichen:** |

**1. Angaben über die hilfesuchende Person**

(bei minderjährigen Hilfesuchenden Angaben über die Eltern auf Einlegeblatt)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname |  | | |
| Geschlecht |  | | |
| Geburtsdatum, Geburtsort |  | | |
| Staatsangehörigkeit |  | | |
| Steueridentifikationsnummer | falls vorhanden | | |
| Anschrift |  | | |
| Familienstand |  | | |
| Bankverbindung |  | | |
| Telefon |  | | |
| Beruf |  | | |
| Sonstiges |  | | |
| In BRD seit | AZ-Land | AZ-Bund | Im Kreis seit |
|  |  |  |  |

**2. Personen, mit denen die hilfesuchende Person in Haushaltsgemeinschaft lebt**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Geschlecht | Geburtsdatum  und -ort |  |  |  |  |  | Im Kreis seit |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. Wohnverhältnisse**

Miete: Gemeinschaftsunterkunft:

|  |  |
| --- | --- |
| Wohnort |  |
| Straße |  |
| Straßenzusatz |  |
| Bezugsfertigkeit |  |
| Wohnfläche |  |

SG 5, AsylbLG Seite 1 von 3

|  |  |
| --- | --- |
| Energiequelle |  |
| Sammelheizung |  |
| Warmwasser |  |
| Kochfeuerung |  |
| Wohnart |  |

**4. Kosten der Unterkunft**

|  |  |
| --- | --- |
| Mietkosten |  |
| Kaltmiete |  |
| Mietnebenkosten |  |
| Heizungskosten |  |
| Allg. Mietzuschuss |  |
| Vermieter Name |  |
| Vermieter Wohnort |  |
| Vermieter Straße |  |

**5. Einkommen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Beziehen Sie Geldleistungen aus dem Ausland? | nein |  | ja, falls ja in welcher Höhe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Liegen sonstige Einkünfte vor? | nein |  | ja, falls ja in welcher Höhe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Bitte die Anlage zum Grundantrag ausfüllen   und beilegen |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Name, Vorname* |  |  | *Art des Einkommens* |  |  | *Ab* |  |  | *Bis* |  |  | *Betrag* |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |

**6. Vermögen**

1. Person 2. Person

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| bitte an-  kreuzen | Art des Vermögens |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nein  ja | Bargeld |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nein   ja |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nein   ja | Hauseigentum  auch im Ausland |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nein   ja | Sonstiger Grundbesitz  auch im Ausland |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nein  ja | Kraftfahrzeug(e) |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nein   ja |  |  |  |  |  |

SG 5, AsylbLG Seite 2 von 3

**7. Unterhaltsverpflichtete**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Erhalten Sie Unterhaltsleistungen? |  | nein |  | ja, falls ja in welcher Höhe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  te ein Beiblatt mit weiteren Informationen beilegen |
|  | Bit |
| Gibt es Ihnen gegenüber unterhaltspflichtige Personen?    (Hinweis: Hierunter fallen z.B. Ihre **Eltern**  und eheliche, nichteheliche, als ehelich erklärte oder adoptierte **Kinder**, sowie getrennt lebend oder geschiedene **Ehegatten**) |  |  |  |  |
|  |  |

**8. Zu übernehmende Krankenkassenbeiträge**

KV-Beiträge für freiwillige Weiterversicherung

**9. Ergänzende Angaben**

**10. Hinweise, datenschutzrechtlicher Hinweis und Erklärung**

Sämtliche Angaben sollen durch entsprechende Nachweise in Kopie belegt werden.

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Übermittlung von Sozialdaten nach § 118 SGB XII i.V.m. § 9 Abs. 5 AsylbLG zu Überprüfungszwecken (Vermeidung von Doppelbezug von Hilfen) bei anderen Trägern möglich ist.

Weiterhin ist mir bekannt, dass im Rahmen der Leistungsgewährung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ein Abgleich mit den Daten der Ausländerbehörde zwecks Übereinstimmung vorgenommen wird.

Ich versichere, dass die im Antrag und in den Anlagen gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Insbesondere bestätige ich, dass die zu meinem Haushalt rechnenden Familienmitglieder und andere Personen keine weiteren Einnahmen als die Angegebenen haben, auch nicht aus gelegentlicher Tätigkeit. Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei falschen oder unvollständigen Angaben eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist. Komme ich meinen Mitwirkungspflichten für die Bearbeitung dieses Antrages nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) i.V.m. § 9 Abs. 2 AsylbLG nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB

I i.V.m. § 9 Abs. 2 AsylbLG).

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60-67 SGB I i.V.m. § 9 Abs. 2 AsylbLG) bin ich verpflichtet, diejenigen Ärzte, die mich behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe notwendig ist.

Mit ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergehen und/oder Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. Kindergeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw., werde ich vor Aufnahme der Arbeit sofort anzeigen.

Mir ist bekannt, dass die gewährten Leistungen ersetzt werden müssen, falls die Voraussetzungen hierfür von mir durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten herbeigeführt worden sind.

Ich beantrage die Gewährung von Hilfe zum Lebensunterhalt für die im Antrag genannten Personen.   
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die obenstehenden Angaben vollständig und richtig sind.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Ort, Datum* |  | *Unterschrift Antragssteller* |  |  |
|  | *(gesetzlicher Vertreter)* |  |
|  |  | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Dolmetscher Name. Vorname* | *Unterschrift Dolmetscher* | *Anschrift Dolmetscher* |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Angaben sind vollständig* |  | *Ort, Datum* | *Unterschrift (Behörde)* |
| [ ] Ja  [ ] Nein |  | |  |

SG 5, AsylbLG Seite 3 von 3