

**Antrag auf
Leistungen
nach dem
AsylbLG**

Hinweis:
Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 9
Asylbewerberleistungsgesetz in Verbindung mit den §§ 60 bis
65 SGB I.

Ausgabedatum:

Eingangsdatum:

Art der beantragten Hilfe:

Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Anschrift:

Telefon:

Alle Personen in der Haushaltsgemeinschaft:

| Nr | Familienname, Vorname auch Geburtsname und Namen aus früheren Ehen | Geschlecht | Geburtsdatum und -ort | Familienstand - ggf. seit wann - und Stellung zum Haushaltungsvor- stand / Bedarfsgemeinschaft | Staats- angehörigkeit | bei Ausländern aufenthalts- rechtlicher Status |
|----|---|------------|--------------------------|---|--------------------------|--|
| 1 | Haushaltungsvorstand | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |

Leistungen nach dem AsylbLG wird beantragt für
die Personen Nr.:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

für alle Personen

Schwerbehindertenausweis (Merkzeichen „G“ oder
"aG") ist vorhanden/beantragt für Personen Nr.:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Bitte Kopie beifügen

Betreuung ist eingerichtet für die Personen Nr.:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Bitte Kopie der Bestallungsurkunde beifügen

← **Aufenthaltsverhältnisse der Hilfesuchenden vor der Antragstellung** (nur auszufüllen, wenn der Antrag im
Zusammenhang mit einem Umzug/Aufenthaltswechsel gestellt wird):

Bisher wurde eine eigene Wohnung bewohnt.

Bisher habe ich/haben die Pers.Nr. _____ bei _____ gewohnt.

Sozialhilfe habe ich/ haben wir bisher nicht erhalten

Sozialhilfe habe ich/haben die Pers.Nr. _____ erhalten bis zum: _____ von: _____

Haben einzelne Antragsteller/innen innerhalb eines Monats vor der Antragstellung in einer Einrichtung gelebt oder waren sie
außerhalb der Einrichtung untergebracht und von der Einrichtung betreut worden?

Nein Ja (bitte Nachweise hierzu beifügen)

Sind alle oder einzelne Antragsteller/innen innerhalb eines Monats vor der Antragstellung aus dem Ausland zugezogen?

Nein Ja, alle Antragsteller/innen sind zugezogen

Ja, einzelne Antragsteller/
innen sind zugezogen:

Datum der Einreise

vorherige Anschrift , Geburtsort / -land, Ort des
Grenzübertritts und Grund der Einreise

Person Nr.

Person Nr.

Person Nr.

± **Vermögen** (nach § 90 SGB XII/§ 7 AsylbLG - bitte Nachweise beifügen)

Hierzu gehören insbesondere Bargeld, Bank- und Sparguthaben, Wertpapiere, Haus- und Wohnungseigentum (sonstiger Grundbesitz), Lebensversicherungen, vermögenswirksame Leistungen, sonstiges Vermögen, Kraftfahrzeuge usw.

| Nr | Art | Wert € |
|----|-----|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?

Nein Ja (bitte Sachverhalt darlegen)

Keine der hilfebegehrenden Personen ist Halter/Eigentümer eines Kraftfahrzeuges

Alle hilfebegehrenden Personen verfügen über keinerlei Vermögen.

" **Monatliche Kosten der Unterkunft** (nur bei Mietwohnungen auszufüllen*)

| Grundmiete € | Betriebskostenvorauszahlung (ohne Heizkosten) € | Vorauszahlungen Zentralheizung € | zu zahlen an (falls nicht an den Vermieter) | Vorauszahl. Einzelheizung z.B. Gas-Circo, Nachtstrom € | Gesamtkosten monatlich € |
|---|---|--|---|---|---|
| Heizungsart <input type="checkbox"/> Zentralheizung → <input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne Warmwasserbereitung <input type="checkbox"/> Einzelöfen → Energieart <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl → Sind alle Wohn- und Schlafräume beheizbar? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Die Wohnung ist <input type="checkbox"/> öffentlich gefördert <input type="checkbox"/> frei finanziert Das Gebäude ist ausgestattet mit <input type="checkbox"/> Aufzug <input type="checkbox"/> Gemeinschaftswaschmaschine | Wohnungsgröße insgesamt qm Die Wohnung liegt im Geschoss Anzahl der Wohn- und Schlafräume: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> nein | Jahr des Wohnungsbezuges Letzte Renovierung Räume untervermietet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> nein | Wohngeld / Lastenzuschuss monatlich € bewilligt bis: |

* Bei selbst genutztem **Haus- oder Wohnungseigentum** bitte eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen beifügen.

≥ **Angehörige der Hilfesuchenden außerhalb der Haushaltsgemeinschaft**

(geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten, Partner/innen einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern, Kinder - auch aus früheren Ehen und nichtehelichen Lebensgemeinschaften -, Adoptivkinder)

| Familienname, Vorname | Geburtsdatum | Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden | Anschrift | Unterhaltstitel ja/nein |
|-----------------------|--------------|--|-----------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Ist Ihnen bekannt, ob eine oder mehrere der aufgeführten Personen über ein Einkommen von jährlich über 100.000 € verfügen?

nein, nicht bekannt keine Person verfügt über derartige Einkünfte ja, Name:

