

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

### I. Persönliche Verhältnisse:

	Leistungsberechtigte(r)	Ehegatte/Lebenspartner/in
Familienname		
Vorname		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Anschrift		
Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung
	<input type="checkbox"/> Duldung	<input type="checkbox"/> Duldung
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach:	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach:
	<input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> sonstiges:
gültig bis:		
ohne wesentliche Unterbrechung aufhältlich im Bundesgebiet seit:		

### II. Angehörige, für die ebenfalls Leistungen beantragt werden:

	Person 1	Person 2
Familienname		
Vorname		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Verwandtschaftsgrad:		
Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung
	<input type="checkbox"/> Duldung	<input type="checkbox"/> Duldung
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach:	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach:
	<input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> sonstiges:
gültig bis:		

	Person 3	Person 4
Familienname		
Vorname		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Verwandtschaftsgrad:		
Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung
	<input type="checkbox"/> Duldung	<input type="checkbox"/> Duldung
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach:	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach:
	<input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> sonstiges:
gültig bis:		

**III. Angehörige,  
die mit dem/der Leistungsberechtigten in Haushaltsgemeinschaft leben:**

	Person 1	Person 2
Familienname		
Vorname		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum		

sonstiges:

**IV. Wirtschaftliche Verhältnisse:**

Ich selbst bzw. die mit mir in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen erzielen folgende Einkünfte:

Name	Einkommensart	Höhe

**Ich/ Wir besitzen folgendes Vermögen:**

- Barvermögen (Sparbuch/Bargeld)
- Girokonto
- Sachvermögen (Auto, Familien- und Erbstücke, Schmuckstücke)
- Grundvermögen
- kein Vermögen vorhanden

**V. Haben Sie bereits Leistungen nach dem AsylbLG bezogen?**

nein       ja, welche Leistung, an welchem Ort, für welchen Zeitraum?

\_\_\_\_\_

**VI. Derzeitiges Wohnverhältnis des/der Antragstellers/in:**

Kaltmiete:
Betriebskosten:
Heizkosten:
Stromkosten:

**VII. Zahlung der Leistungen**

Scheckzahlung  
 Bankverbindung: IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

## VIII. Erklärung:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich insbesondere alle Einkünfte und Vermögen, auch der in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen, lückenlos angegeben habe.

Über meine Pflicht, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung von Leistungen erheblich sind, und die Folgen einer fehlenden Mitwirkung bin ich unterrichtet worden.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, jede vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort oder Wegzug vom bisherigen Wohnort, Krankenhausaufenthalt unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger mitzuteilen ist.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch nicht versicherungspflichtiger oder geringfügiger habe ich innerhalb von drei Tagen gemäß § 8 Abs.1 AsylbLG dem Leistungsträger zu melden.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben, strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erlangte Leistungen erstatten muss.

Datum

Unterschrift Person 1

Unterschrift Aufnehmender

Unterschrift Person 2