

Antrag auf Leistungen nach § 3 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)



I. Antragsteller

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort/Kreis/Land	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Staatsangehörigkeit		
Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)		
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eheähnliche/partnerschaftliche Lebensgemeinschaft		
Zeitpunkt der Einreise in die BRD	Einreise mit Visum? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wann wurde der Asylantrag gestellt? Zeitpunkt/Behörde	Wurde in einem anderen Staat ein Asylantrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, in folgendem Staat: <input type="checkbox"/> nein	
Wurden bereits in einem anderen Staat Leistungen bezogen? <input type="checkbox"/> ja, in folgendem Staat: <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie Ihren Pass bei Ihrer Meldung als Asylsuchender abgegeben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Begründung:	
Gründe für die Einreise nach Deutschland:		

II. Antragsteller: Ehegatte / Lebensgefährte / Lebenspartner

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort/Kreis/Land	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Staatsangehörigkeit		
Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)		
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eheähnliche/partnerschaftliche Lebensgemeinschaft		
Zeitpunkt der Einreise in die BRD	Einreise mit Visum? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wann wurde der Asylantrag gestellt? Zeitpunkt/Behörde	Wurde in einem anderen Staat ein Asylantrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, in folgendem Staat: <input type="checkbox"/> nein	
Wurden bereits in einem anderen Staat Leistungen bezogen? <input type="checkbox"/> ja, in folgendem Staat: <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie Ihren Pass bei Ihrer Meldung als Asylsuchender abgegeben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Begründung:	
Gründe für die Einreise nach Deutschland:		



Dienstgebäude
Alter Postplatz 10
Waiblingen

Sprechzeiten
Mo. - Fr. 8:30 - 12:00 Uhr
Do. Nachm. 13:30 - 18:00 Uhr

Internet
www.rems-murr-kreis.de
info@rems-murr-kreis.de

Bankverbindung
Kreissparkasse Waiblingen
(BLZ 602 500 10) 200 037

VVS-Anschluss
Bushaltestelle Stadtmitte

III. Antragsteller: Kinder (im Familienverbund)

Nr.	Name, Vorname		Geburtsdatum	Geburtsort / Staatsangehörigkeit	Kind zu	
					I	II
1		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Einkommens- und Vermögensverhältnisse aller Antragsteller (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

	Antragsteller	Ehegatte/Lebensgefährte
Wurden bereits in einem anderen Bundesland innerhalb der BRD Leistungen nach AsylbLG beantragt?	<input type="checkbox"/> ja, in folgendem Bundesland: _____	<input type="checkbox"/> ja, in folgendem Bundesland: _____
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="checkbox"/> Einkommen	<input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="checkbox"/> Einkommen
Beginn/Ende:		
Ist ein Spar-, Bank oder Postsparguthaben vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bankinstitut:		
Kontonummer:		
Betrag:		
Bargeld in Höhe von:		
Gibt es sonstige Vermögenswerte im In- und Ausland (z.B. Kraftfahrzeug, Wertpapiere, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte (z.B. Erbsprüche, Schadensersatzansprüche), Haus-/Wohnungseigentum, Grundbesitz usw.)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Art des Vermögenswertes:	Art des Vermögenswertes:

Wurden Vermögenswerte (z.B. Barvermögen, Wertpapiere usw.) in den letzten 10 Jahren veräußert, übergeben oder verschenkt?

nein ja _____
Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger

V. Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Kinder (im Familienverbund) s. Nr.III

	zu Nr. 1	zu Nr. 2	zu Nr. 3	zu Nr. 4
Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="checkbox"/> Einkommen			
Höhe des Einkommens:				
Ist ein Spar-, Bank oder Postsparguthaben vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Bankinstitut:				
Kontonummer:				

	zu Nr. 1	zu Nr. 2	zu Nr. 3	zu Nr. 4
Betrag:				
Bargeld in Höhe von:				
Gibt es sonstige Vermögenswerte im In- und Ausland (z.B. Kraftfahrzeug, Wertpapiere, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte (z.B. Erbsprüche, Schadenersatzansprüche), Haus/Wohnungseigentum, Grundbesitz usw.)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	Art des Vermögenswertes:	Art des Vermögenswertes:	Art des Vermögenswertes:	Art des Vermögenswertes:

VI. Weitere Angehörige in Deutschland (Kinder, Eltern)

Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Geburtsdatum	Fam. stand	Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/ Ehegatte	Ausgeübte Tätigkeit	Anschrift

Bitte belegen Sie Ihre Angaben mit entsprechenden Nachweisen (Kopie Gestattung, Duldung, Aufenthaltserlaubnis, Kontoauszüge, Nettolohnnachweise usw.). Bitte fügen Sie keine Originalnachweise oder Originalunterlagen bei.

Einwilligung zur Weitergabe von Behandlungsausweisen für die ärztliche/zahnärztliche Behandlung

Ich bin damit einverstanden, dass das Landratsamt Rems-Murr-Kreis 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, Klinikum, Notfallpraxis) übermittelt.

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

ja, ich bin einverstanden nein, ich bin nicht einverstanden

Erklärung

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag sowie in eventuellen Zusatzblättern vollständig und wahr sind und dass ich insbesondere alle Einkünfte und Vermögen, auch der in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen vollständig angegeben habe.

Ich wurde über meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung unterrichtet.

Mir ist bekannt, dass die Verpflichtung besteht, das hilfegebende Amt über Änderungen in meinen/unseren Familien- und Vermögensverhältnissen sowie über vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte usw. unverzüglich zu unterrichten. Unwahre oder unvollständige Angaben bezüglich des Vermögens können strafrechtlich verfolgt (§ 262 Strafgesetzbuch – Betrug -) und überzahlte Beträge zurückgefordert werden.

Die Angaben in diesem Vordruck werden aufgrund § 9 Abs. 3 AsylbLG in Verbindung mit §§ 60 – 67 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) erhoben. Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Bei fehlender Mitwirkung des/der Betroffenen kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller I. /gesetzl. Vertreter zu III	Unterschrift Antragsteller II. (Ehegatte/Lebensgefährtin/Lebenspartner)
------------	--	---