



**Antrag auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

Ich/Wir beantrage/n hiermit:

- Grundleistungen nach § 3 AsylbLG
- Krankenhilfeleistungen nach § 4 AsylbLG
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**1. Antragsteller\*in / Ehegatt\*in / Lebensgefährte\*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
Einreise:	Datum der Einreise: _____ mit Visum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde ein Asylantrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, in _____ <input type="checkbox"/> nein Wurde in einem anderen Staat ein Asylantrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, in _____ <input type="checkbox"/> nein Wurde bereits in einem anderen Staat Leistungen bezogen? <input type="checkbox"/> ja, in _____ <input type="checkbox"/> nein

### 1.1 Antragsteller\*in / Ehegatt\*in / Lebensgefähr\*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
Einreise:	Datum der Einreise: _____ mit Visum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde ein Asylantrag gestellt? - <input type="checkbox"/> ja, in _____ <input type="checkbox"/> nein Wurde in einem anderen Staat ein Asylantrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, in _____ <input type="checkbox"/> nein Wurde bereits in einem anderen Staat Leistungen bezogen? <input type="checkbox"/> ja, in _____ <input type="checkbox"/> nein

### 1.2 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.			

### 1.3 Liegt eine Schwangerschaft bei einer der in 1.1 – 1.3 aufgeführten Person vor?

nein  ja – Wenn ja, fügen Sie dem Antrag bitte eine Kopie des Mutterpasses bei.

### 2. 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 _____ € -> Bitte fügen Sie eine Kopie des Nutzungsgebührenbescheides dem Antrag bei.
<input type="checkbox"/>	in privatem Wohnraum Die Wohnungsmiete beträgt monatlich gesamt _____ € -> Bitte fügen Sie eine vollständige Kopie des Mietvertrages sowie eine ausgefüllte Mietbescheinigung dem Antrag bei.
<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?: _____	

### 3. Unterhaltspflichtige Personen gegenüber der „Antragsstellenden Person“

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Hausnummer	PLZ / Ort
E-Mail	Telefon	

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Hausnummer	PLZ / Ort
E-Mail	Telefon	

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Hausnummer	PLZ / Ort
E-Mail	Telefon	

#### 4. Krankenversicherung

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
<b>Versicherungspflichtige Tätigkeit</b> (Lohn, Gehalt, Ausbildungsvergütung etc.)		
<b>Selbständige Tätigkeit</b>		
<b>Geringfügige Beschäftigung</b>		
<b>Erhalten Sie Sachleistungen?</b> (z. B. Essen, Wohnung etc.) Art und Weise		
<b>Pfändungen / Abtretungen</b>		
<b>Berufsbedingte Aufwendungen</b> (z. B. Fahrtkosten, Verpflegung etc.)		
<b>Liegt bei Ihnen im Antrag aufgeführten Familien- angehörigen Einkommen aus Erwerbstätigkeit vor?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei wem und welcher Art: _____ _____	
<i>Bitte fügen Sie dem Antrag entsprechende Nachweise (Lohnabrechnungen der letzten drei Monate, Gewinn- und Verlustrechnungen etc.) bei.</i>		

## 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

Erhalten Sie sonstiges Einkommen aus

- Kindergeld
- Kindergeldzuschuss
- Leistungen SGB II (Arbeitslosengeld 2 – Jobcenter)
- Leistungen SGB III (Arbeitslosengeld 1)
- Leistungen SGB XII (Grundsicherung, Leistungen zum Lebensunterhalt)
- Wohngeld
- Unterhaltsvorschuss
- Krankengeld
- Elterngeld
- Sonstiges regelmäßiges Einkommen

\_\_\_\_\_

*Sofern eine oder mehrere Angaben zutreffen sind, fügen Sie bitte dem Antrag entsprechende Nachweise bei.*

Ich / Wir verfüge/n über keinerlei Einkommen.

## 6. Vermögen

Die folgenden Angaben betreffen alle Antragsteller des Antrags auf Leistung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

Auch Vermögen im Ausland ist anzugeben!

### 6.1 Grundvermögen

Bebaute oder unbebaute  
Grundstücke

nein

ja – Art und Ort: \_\_\_\_\_

Geschätzter Wert: \_\_\_\_\_

## 6.2 Geldvermögen

Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ €
Guthaben, Forderungen, Girokonten	Bankname: _____ 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"> <li>• Lebens-Sterbegeldversicherung,</li> <li>• Bausparversicherung</li> <li>• Wertpapiere, Aktien, Sparbriefe</li> <li>• Schmuck, Edelmetalle, Edelsteine</li> <li>• Kunstgegenstände, Antiquitäten</li> <li>• Betriebsvermögen,</li> <li>• Ansprüche gegen Dritte (Darlehen etc.)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher Art:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kraftfahrzeug (Auto, Roller, Motorrad)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welcher Art _____ Kennzeichen: _____
<input type="checkbox"/> Ich / Wir und meine genannten Familienangehörigen haben keinerlei Vermögen.	

## 7. Bankverbindung

Die Überweisung der bewilligten Geldleistungen erbitte/n ich/wir zum nächstmöglichen Termin auf das Konto:

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

Gleichzeitig ermächtige ich die genannte Bank auf Anforderung des Hohenlohekreis, Zahlungen zu Lasten dieses Kontos zu leisten, soweit das Guthaben aus der Überweisung von sozialen Geldleistungen dieses Amtes herrührt. Diese Erklärung gebe ich für den Fall ab, dass Zahlungen an solchen sozialen Geldleistungen überwiesen werden, die mir nicht zustehen. Diese Ermächtigung hat gegebenenfalls auch Wirkung gegenüber meinen späteren Erben.

Ich versichere, dass die auf mein Konto überwiesenen Leistungen zur Sicherung der jeweiligen Bedarfe, insbesondere an Ernährung, Kleidung und Gesundheitspflege, aller o.g. Personen verwendet werden. Des Weiteren sind alle Änderungen bzgl. meiner Kontoverbindung unverzüglich der Asylbewerberleistungsstelle mitzuteilen. Datenschutrechtliche Einwilligungserklärung: Ich willige ein, dass das Landratsamt Hohenlohekreis im Falle meiner Ausreise aus dem Bundesgebiet, meines Aus- oder Wegzugs aus der Gemeinschaftsunterkunft, meiner Abmeldung nach unbekannt verzogen oder im Falle der Einstellung der Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz das jeweilige Kreditinstitut, bei dem das o. g. Kontoeingerichtet ist, hierüber informiert, damit das Konto in den genannten Fällen geschlossen werden kann. Ich wurde darüber informiert, dass diese Einwilligung freiwillig ist und ich die Einwilligung jederzeit gegenüber dem Landratsamt Hohenlohekreis widerrufen kann. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mir aus der Nichterteilung oder dem Widerruf dieser Einwilligung keine Nachteile entstehen.

### 8. Abtretungserklärung – Direktzahlung Miete

Ich bevollmächtige hiermit das Landratsamt Hohenlohekreis die Mietzahlung direkt an meinen Vermieter zu überweisen.

ja, ich/wir bin/sind einverstanden

nein, ich/wir sind nicht einverstanden

### 9. Einwilligung zur Weitergabe von Behandlungsausweisen für die ärztliche / zahnärztliche Behandlung

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass das Landratsamt Hohenlohekreis 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, Kliniken, Notfallpraxis etc.) übermittelt.

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

ja, ich/wir bin/sind einverstanden

nein, ich/wir bin/sind nicht einverstanden

### 10. Datenschutzerklärung

Personenbezogene Daten werden im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet. Im Anhang finden Sie die entsprechende Datenschutzerklärung. Sofern Sie keine Einwände gegen die Datenschutzerklärung haben kreuzen Sie bitte das nachfolgende Feld an:

ja, ich/wir bin/sind einverstanden

nein, ich/wir bin/sind nicht einverstanden

## 11. Erklärung Betreuer/Bevollmächtigter

Als Betreuer/Bevollmächtigter (Vollmacht ist beigelegt) gebe ich diese Erklärungen im Namen des Antragstellers ab.

Ich/Wir versichern/e die Wahrheit und Vollständigkeit meiner/unserer Angaben. Insbesondere wurden alle Einkünfte und das gesamte Vermögen, auch der in meiner/unserer Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen, lückenlos angegeben. Mir/uns ist bekannt, dass ich mich/wir uns wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache/n (Betrug § 263 Strafgesetzbuch/ § 50 SGB X) und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückerstatten muss/müssen.

Über meine/unsere Mitwirkungspflichten, die Grenzen der Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) wurde ich/wurden wir unterrichtet. Es besteht die Verpflichtung, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erforderlich sind. Insbesondere Änderungen der familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, die Aufnahme jeder Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) ist dem Landratsamt Hohenlohekreis – Asylbewerberleistungen unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund der §§ 60 – 65 SGB I erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Werden keine, unvollständige oder nicht alle erforderlichen Angaben gemacht, kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Durch Unterschrift stimmen Sie den im Antrag enthaltenen Bestimmungen und Pflichten zu.

### Hinweis:

Vervielfältigung, Nachahmung, Veröffentlichung und Bereitstellung nur mit Genehmigung des Landratsamtes Hohenlohekreis.

## 12. Ergänzungen/Bemerkungen

Die Angaben sind vollständig und richtig.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum	Unterschrift	Anlagen





<b>Information gemäß Artikel 13 DS-GVO über eine Verarbeitung personenbezogener Daten durch das Landratsamt Hohenlohekreis</b> In diesem Formular werden nur die Informationen übermittelt, welche sich auf die Verarbeitung Ihrer Daten beziehen.		
<b>Organisationseinheit:</b>		Amt für Ordnung und Zuwanderung
<b>Name der Datenverarbeitung:</b>		Asylbewerberleistungen
	<b>Beschreibung</b>	<b>Inhalt</b>
<b>Abs. 1</b>	<b>Pflichtinformationen</b>	
lit. a	Kontaktdaten des Verantwortlichen	Landrat Allee 17 74653 Künzelsau 07940/18-0 <a href="mailto:info@Hohenlohekreis.de">info@Hohenlohekreis.de</a>
	Kontaktdaten des Verantwortlichen im Innenverhältnis in der Organisationseinheit	Amtsleiter Allee 17 74653 Künzelsau 07940/18-1303 <a href="mailto:ordnungundzuwanderung@Hohenlohekreis.de">ordnungundzuwanderung@Hohenlohekreis.de</a>
lit. b	Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten	Datenschutzbeauftragter Allee 17 74653 Künzelsau <a href="mailto:Datenschutz@Hohenlohekreis.de">Datenschutz@Hohenlohekreis.de</a>
lit. c	Zwecke der Verarbeitung	Leistungsabrechnung
lit. c	Rechtsgrundlage der Verarbeitung	Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO § 7 III UWG Art. 28 DSGVO, Asylbewerberleistungsgesetz
lit. d	Berechtigtes Interesse des Verantwortlichen, wenn die Verarbeitung auf Art. 6 Abs. 1 f DS-GVO beruht	
lit. e	Empfänger oder Kategorien von Empfängern, denen die Daten offengelegt worden sind bzw. werden: <b>intern (Zugriffsberechtigt)</b>	Untere Aufnahmebehörde, Integrationsamt, Wohnheimverwaltung, Asylbewerberleistungsstelle, Ausländeramt
lit. e	Empfänger oder Kategorien von Empfängern, denen die Daten offengelegt worden sind bzw. werden: <b>extern</b>	Integrationsmanager, Gemeinden, Unternehmen der öffentlichen Verwaltung, Staatsanwaltschaft, Ärzte und Krankenhäuser
lit. e	Empfänger oder Kategorien von Empfängern in denen die Daten offengelegt worden sind bzw. werden: <b>Drittland oder internationale Organisation</b>	
lit. f	Absicht der Übermittlung in ein Drittland/internationale Organisation sowie das Vorhandensein oder Fehlen eines Angemessenheitsbeschlusses der Kommission	



Abs. 2 Für eine faire und transparente Verarbeitung notwendige zusätzliche Informationen		
lit. a	Dauer der Datenspeicherung oder Kriterien für die Festlegung der Dauer	10 Jahre
lit. b	Rechte der betroffenen Personen: Recht auf	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auskunft</li> <li>- Berichtigung</li> <li>- Widerspruchsrecht</li> <li>- Löschung</li> <li>- Einschränkung der Verarbeitung</li> <li>- Recht auf Datenübertragbarkeit</li> </ul>
lit. c	Recht auf Widerruf der erteilten Einwilligung in die Datenverarbeitung nach Art. 6 Abs. 1 a oder Art. 9 Abs. 2 a DSGVO auf die Zukunft hin	
lit. d	Bestehen eines Beschwerderechts gegenüber der Aufsichtsbehörde	Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Königstraße 10 a, 70173 Stuttgart Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart 0711/615541-0 <a href="mailto:poststelle@lfdi.bwl.de">poststelle@lfdi.bwl.de</a>
lit. e	Information, ob die Bereitstellung der personenbezogenen Daten gesetzlich vorgeschrieben oder für einen Vertragsabschluss erforderlich ist und welche möglichen Folgen die Nichtbereitstellung hätte	
lit. f	Automatisierte Entscheidungsfindung gemäß Art. 22 DSGVO	Es liegt keine automatisierte Entscheidung vor.

Landratsamt Hohenlohekreis

04.08.2020