



Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Für _____ Antrag ausgegeben am: _____
(Name, Vorname)

wird folgende Leistung beantragt:

- Grundleistungen** nach § 3 AsylbLG // **Analogleistungen** nach § 2 AsylbLG
- Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt**
(Leistungen nach § 4 AsylbLG)
- Sonstige Leistungen** nach § 6 AsylbLG
(zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit, Deckung von besonderen Bedürfnissen von Kindern, zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungsverpflichtung)

Eingangsstempel Landratsamt Miesbach

in Form von

I. Persönliche Verhältnisse

Angaben zur Person	Antragsteller(in)	Ehe-/Lebenspartner(in)
Familienname		
Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand (wenn geschieden / getrennt lebend dann Angabe Scheidungs- / Trennungstermin)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrenntlebend seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrenntlebend seit:
Wohnanschrift: PLZ, Ort, Straße, Nr.		

Kranken- und Pflegeversicherung	Antragsteller(in)	Ehe-/Lebenspartner(in)
Wenn ja, ↓	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> privatversichert <input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> privatversichert <input type="checkbox"/> familienversichert
Name, Anschrift der Krankenkasse		
Monatsbeitrag		

<u>weitere im Haushalt lebende Personen</u>	1	2
Familienname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand		
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller		
Einkommen (z.B. Kindergeld, usw.)		
Vermögen siehe extra Vermögenserklärung		

<u>weitere im Haushalt lebende Personen</u>	3	4
Familienname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand		
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller		
Einkommen (z.B. Kindergeld, usw.)		
Vermögen siehe extra Vermögenserklärung		

	Antragsteller(in)	Ehe-/Lebenspartner(in)
Angaben zu Ihren Eltern / Kindern (Namen, Geb.-Datum, Anschrift, Verwandtschaftsgrad)		
Derzeit ausgeübte Tätigkeit bzw. erlernter Beruf der Kinder / Eltern		
Jahresbruttoverdienst der Kinder / Eltern		

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten oder Partner(innen) einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> keine Unterhaltsansprüche	<input type="checkbox"/> keine Unterhaltsansprüche
	<input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet	<input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet
	<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche wurden bereits geltend gemacht	<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche wurden bereits geltend gemacht
	<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche sind tituliert	<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche sind tituliert
	<input type="checkbox"/> Unterhalt wird i.H.v. € gezahlt	<input type="checkbox"/> Unterhalt wird i.H.v. € gezahlt

II. Einkommen im In-/Ausland

<u>Art des monatlichen Einkommens</u>	Antragsteller(in) (monatlicher Betrag in EUR)		Ehe-/Lebenspartner(in) (monatlicher Betrag in EUR)	
	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein
Einkommen aus nicht selbstständiger Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen...)	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein
Gewerbe / Handel	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein
Leistungen der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein
Leistungen der Agentur für Arbeit (z.B: ALG I)	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein
Kindergeld	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein
Ausbildungsförderung (z.B. BAB, BAföG)	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein
Unterhalt	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Einkünfte (z.B. Zuwendung von Dritten,...)	<input type="checkbox"/> ja Höhe: Art der Zuwendung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Höhe: Art der Zuwendung:	<input type="checkbox"/> nein

Bitte die entsprechenden Unterlagen (z.B. Bescheide) beifügen.

III. Vermögen im In-/Ausland

<u>Art des Vermögens</u>	Antragsteller(in)		Ehe-/Lebenspartner(in)	
	Betrag in EUR		Betrag in EUR	
Bargeld (zum Zeitpunkt der Antragstellung)	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein
Bank- / Sparguthaben	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein
Wertpapiere, Aktien usw.	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein
Kraftfahrzeug(e)	<input type="checkbox"/> ja Typ: Baujahr: Kilometerstand: Verkaufswert:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Typ: Baujahr: Kilometerstand: Verkaufswert:	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges Vermögen (z.B. Schmuck, Wertgegenstände)	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Höhe:	<input type="checkbox"/> nein

Bitte den vorgemachten Angaben
entsprechende Nachweise
(Bankauskünfte usw.) beifügen.

Weitere Anmerkungen zum Vermögen:

IV. Aufwendungen für

	Antragsteller(in) Name der Versicherung	Betrag in EUR	Ehe-/Lebenspartner(in) Name der Versicherung	Betrag in EUR
Lebensversicherung				
Hausratversicherung				
Sterbeversicherung				
Haftpflichtversicherung				

Nur bei stationärer Einrichtungsunterbringung bzw. -entlassung:

3.a.) bei stationärer Einrichtung - Wohnanschrift in den letzten beiden Monaten vor der stationären Unterbringung

3.b.) bei Übertritt von einem Heim oder einer stationären Einrichtung in ein anderes Heim usw.

Wann erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim /

eine stationäre Einrichtung? Wer war bisher der

Kostenträger?

Bezeichnung und Ort des Heims / der Einrichtung

3.c.) bei Heim- oder Einrichtungsentlassung

Wo und bis wann war die nachfragende Person zuletzt in einer Einrichtung?

V. Bankverbindung

Angaben Antragsteller(in):

Kontoinhaber _____

Kontonummer _____

Kreditinstitut _____

Bankleitzahl _____

IBAN _____

BIC _____

Ich versichere, dass ich

- **auf meine Mitwirkungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 3 AsylbLG i.V.m. §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch I) hingewiesen wurde und ich mir der Folgen bewusst bin und**
- **über die Folgen unwirtschaftlichen Verhaltens belehrt wurde**

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller(in) oder
des gesetzlichen Vertreters/
Bevollmächtigten

Unterschrift Ehe- /Lebenspartner(in)

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift des Aufnehmenden