

Заявление на предоставление пособий в соответствии с Законом о предоставлении социальной помощи лицам, претендующим на политическое убежище (AsylbLG)

Дело №		Дата прибытия
--------	--	---------------

Личное положение: _____ Заявитель на оказание помощи: _____ Супруг/а/ребенок: _____

Порядковый номер: _____

Фамилия, имя, отчество _____

Фамилия при рождении _____

Дата рождения _____

Место рождения, район, страна _____

Семейное положение _____

Гражданство _____

Улица, дом, квартира _____

Индекс, населенный пункт _____

Вероисповедание _____

Профессия _____

Направление заявителя _____

Телефон; Электронный адрес _____

Право на получение выплат в соответствии с	
<input type="checkbox"/> § 1 Гл. 1 Ст. 1 AsylbLG	<input type="checkbox"/> § 1 Гл. 1 Ст. 5 AsylbLG
<input type="checkbox"/> § 1 Гл. 1 Ст. 3 AsylbLG	<input type="checkbox"/> § 1 Гл. 1 Ст. 6 AsylbLG
<input type="checkbox"/> § 1 Гл. 1 Ст. 4 AsylbLG	<input type="checkbox"/> § 1 Гл. 1 Ст. 7 AsylbLG
<input type="checkbox"/> § 2 Гл. 1 AsylbLG	<input type="checkbox"/> § 1a AsylbLG

Данные об экономическом положении (всех членов семьи)

а) Доход:

Тип, размер дохода: _____

б) Имущество:

Наличные деньги: _____

Банковские вклады: _____

Иное имущество: _____

Расходы на проживание (только в частных квартирах/домах)

Арендная плата: _____

Коммунальные платежи: _____

Отопление: _____

Родственники на территории ФРГ:

Фамилия, Имя	Дата рожд.	Родств.отношения	Адрес
--------------	------------	------------------	-------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Сбор сведений и предоставление данных:

Заявление о согласии

Настоящим я подтверждаю, что сведения, указанные в данном заявлении, полностью соответствуют действительности, и мною не были сокрыты какие-либо важные данные. Я даю свое согласие на получение Ведомством по вопросам социального обеспечения и делам пожилых людей сведений о моем имущественном положении со стороны банковских учреждений, государственных органов и т.д.

Я обязуюсь немедленно и без дополнительного запроса сообщать о любых изменениях обстоятельств, имеющих решающее значение для оказания помощи, особенно в отношении доходов и имущественного положения.

Настоящим я освобождаю лечащего врача, клиники и медицинских экспертов от обязанности соблюдать врачебную тайну в отношении организации, оказывающей социальную помощь.

В первую очередь я обязуюсь сообщить в Управление по оказанию социальной помощи о факте приема на работу не позднее трех дней с даты приема. Нарушение данного обязательства о предоставлении информации является административным правонарушением в соответствии с § 8a AsylbLG и может повлечь за собой штраф в размере до 5000 евро.

Населенный пункт, дата

Подпись Заявителя на оказание помощи
и, при необходимости, супруга/и