

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

Fallnummer		Eingang
------------	--	---------

Persönliche Verhältnisse:	Hilfesuchender:	Ehegatte/Kind:
---------------------------	-----------------	----------------

Laufende Nummer:		
Familienname, Vorname(n)		
Geburtsname, früherer Name		
Geburtsdatum		
Geburtsort, Kreis, Land		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit		
Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Wohnort		
Religion		
Beruf		
Zuweisung des Antragstellers		
<b>Tel.-Nr.; E-Mail-Adresse</b>		

Leistungsberechtigung nach	
<input type="checkbox"/> § 1 Abs. 1 Nr. 1 AsylbLG	<input type="checkbox"/> § 1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG
<input type="checkbox"/> § 1 Abs. 1 Nr. 3 AsylbLG	<input type="checkbox"/> § 1 Abs. 1 Nr. 6 AsylbLG
<input type="checkbox"/> § 1 Abs. 1 Nr. 4 AsylbLG	<input type="checkbox"/> § 1 Abs. 1 Nr. 7 AsylbLG
<input type="checkbox"/> § 2 Abs. 1 AsylbLG	<input type="checkbox"/> § 1a AsylbLG

Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse (aller Familienangehörigen)

a) Einkommen:  
Einkommensart, Höhe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Vermögen:  
Bargeld: \_\_\_\_\_  
Bankguthaben: \_\_\_\_\_  
Sonstiges Vermögen: \_\_\_\_\_

Kosten der Unterkunft (nur bei Privatunterkunft)

Miete: \_\_\_\_\_

Nebenkosten: \_\_\_\_\_

Heizung: \_\_\_\_\_

Verwandte im Bundesgebiet:

Name, Vorname(n):	Geb.	Verwand.	Adresse
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Besondere Erhebungen:

Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben voll der Wahrheit entsprechen und ich keine wichtigen Angaben verschwiegen habe. Ich bin einverstanden, dass das Amt für Soziales und Senioren Auskünfte über meine Vermögensverhältnisse bei Bankinstituten, Behörden usw. einholt.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfe maßgebend sind, insbesondere Einkommens- und Vermögensverhältnisse, sofort unaufgefordert mitzuteilen.

Den behandelnden Arzt, die Kliniken und ärztl. Gutachter entbinde ich hiermit gegenüber dem Sozialhilfeträger von der ärztlichen Schweigepflicht.

**Inbesondere bin ich verpflichtet, eine Arbeitsaufnahme innerhalb von drei Tagen der Sozialhilfeverwaltung mitzuteilen. Ein Verstoß gegen diese Mitteilungspflicht stellt eine Ordnungswidrigkeit gemäß § 8a AsylbLG dar und kann mit einer Geldbuße bis zu 5000 EUR geahndet werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Hilfesuchenden und ggf. Ehegatten