



## Antrag auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Aktenzeichen

Eingangsstempel / Vorsprache am

### 1. Persönliche Verhältnisse

#### Antragstellende Person

Familiennamen	
Geburtsnamen und früher geführte Namen	
Vorname/n	
Geburtsdatum	Geburtsort
<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> seit wann _____	
Straße   Hausnummer	
PLZ   Ort	
Telefon (freiwillig)	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus (Ausländer/in)	gültig bis
Asyl beantragt am	
Datum der Einreise nach Deutschland	
Letzter Aufenthaltsort vor Zuzug	
<b>Wurde für Sie eine Verpflichtungserklärung abgegeben?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Falls ja, von wem?	
<b>Vormund, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name und Anschrift	

#### Ehe-/Lebenspartner/in, Lebensgefährte/in

Familiennamen	
Geburtsnamen und früher geführte Namen	
Vorname/n	
Geburtsdatum	Geburtsort
<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> seit wann _____	
Straße   Hausnummer	
PLZ   Ort	
Telefon (freiwillig)	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus (Ausländer/in)	gültig bis
Asyl beantragt am	
Datum der Einreise nach Deutschland	
Letzter Aufenthaltsort vor Zuzug	
<b>Wurde für Sie eine Verpflichtungserklärung abgegeben?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Falls ja, von wem?	
<b>Vormund, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name und Anschrift	



### Antragstellende Person

Name der Krankenkasse
Anschrift der Krankenkasse
Krankenversicherungsnummer
Art der Versicherung gesetzlich freiwillig familienversichert privat keine Versicherung
Steuer-ID

### Ehe-/Lebenspartner/in, Lebensgefährte/in

Name der Krankenkasse
Anschrift der Krankenkasse
Krankenversicherungsnummer
Art der Versicherung gesetzlich freiwillig familienversichert privat keine Versicherung
Steuer-ID

## 2. Bedarfs-/Haushaltsgemeinschaft

In meinem/unserem Haushalt leben insgesamt \_\_\_\_\_ Person/en.

### Folgende weitere Personen leben mit im Haushalt:

Sollten insgesamt mehr als sechs Personen im Haushalt leben, tragen Sie diese bitte auf dem Zusatzblatt ein.

#### Person 3

Familiename	
Geburtsname und früher geführte Namen	
Vorname/n	
Geburtsdatum	Geburtsort
Familienstand	seit wann
Straße   Hausnummer	
PLZ   Ort	
Telefon (freiwillig)	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus (Ausländer/in)	gültig bis
Asyl beantragt am	
Datum der Einreise nach Deutschland	
Letzter Aufenthaltsort vor Zuzug	
Wurde für Sie eine Verpflichtungserklärung abgegeben? nein ja	
Falls ja, von wem?	

#### Person 4

Familiename	
Geburtsname und früher geführte Namen	
Vorname/n	
Geburtsdatum	Geburtsort
Familienstand	seit wann
Straße   Hausnummer	
PLZ   Ort	
Telefon (freiwillig)	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus (Ausländer/in)	gültig bis
Asyl beantragt am	
Datum der Einreise nach Deutschland	
Letzter Aufenthaltsort vor Zuzug	
Wurde für Sie eine Verpflichtungserklärung abgegeben? nein ja	
Falls ja, von wem?	



### Person 3

Vormund, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r	nein	ja
Name und Anschrift		
Name der Krankenkasse		
Anschrift der Krankenkasse		
Krankenversicherungsnummer		
<b>Art der Versicherung</b> gesetzlich freiwillig familienversichert privat keine Versicherung		
Steuer-ID		

### Person 4

Vormund, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r	nein	ja
Name und Anschrift		
Name der Krankenkasse		
Anschrift der Krankenkasse		
Krankenversicherungsnummer		
<b>Art der Versicherung</b> gesetzlich freiwillig familienversichert privat keine Versicherung		
Steuer-ID		

### Person 5

Familiename		
Geburtsname und früher geführte Namen		
Vorname/n		
Geburtsdatum	Geburtsort	
Familienstand	seit wann	
Straße   Hausnummer		
PLZ   Ort		
Telefon (freiwillig)		
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (Ausländer/in)	gültig bis	
Asyl beantragt am		
Datum der Einreise nach Deutschland		
Letzter Aufenthaltsort vor Zuzug		
<b>Wurde für Sie eine Verpflichtungserklärung abgegeben?</b> nein    ja		
Falls ja, von wem?		

### Person 6

Familiename		
Geburtsname und früher geführte Namen		
Vorname/n		
Geburtsdatum	Geburtsort	
Familienstand	seit wann	
Straße   Hausnummer		
PLZ   Ort		
Telefon (freiwillig)		
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (Ausländer/in)	gültig bis	
Asyl beantragt am		
Datum der Einreise nach Deutschland		
Letzter Aufenthaltsort vor Zuzug		
<b>Wurde für Sie eine Verpflichtungserklärung abgegeben?</b> nein    ja		
Falls ja, von wem?		



**Person 5**

Vormund, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r	nein	ja
Name und Anschrift		
Name der Krankenkasse		
Anschrift der Krankenkasse		
Krankenversicherungsnummer		
<b>Art der Versicherung</b> gesetzlich freiwillig familienversichert privat keine Versicherung		
Steuer-ID		

**Person 6**

Vormund, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r	nein	ja
Name und Anschrift		
Name der Krankenkasse		
Anschrift der Krankenkasse		
Krankenversicherungsnummer		
<b>Art der Versicherung</b> gesetzlich freiwillig familienversichert privat keine Versicherung		
Steuer-ID		

**Leiden Sie unter einer Erkrankung, die eine kostenaufwendigere Ernährung verursacht?**

nein	ja, folgende Personen: _____
Weitere Informationen erhalten Sie von Ihren Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern.	

**Sind Sie schwanger?**

nein	ja Bitte Nachweis vorlegen
------	----------------------------

**3. Kosten der Unterkunft**

Als Mieter/in nutzen Sie bitte die beigefügte Mietbescheinigung.

**4. Einkommen**

Bitte geben Sie an, über welches Einkommen Sie und jede andere Person Ihrer Haushaltsgemeinschaft verfügen. Tragen Sie bitte die monatliche Höhe ein. Bitte setzen Sie die passenden Kreuze bei jeder Einkommensart.

**Renteneinkommen, auch ausländische Renten**

nein	ja, folgende Person/en:	Name	monatliche Höhe: _____ €
Land			

**Arbeitseinkommen aus selbstständiger und nicht selbstständiger Tätigkeit**

nein	ja, folgende Person/en:	Name	monatliche Höhe: _____ € brutto
Arbeitgeber			Jahressonderzahlungen: _____ €

**Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters**

nein	ja, folgende Person/en:	Name	monatliche Höhe: _____ €
------	-------------------------	------	--------------------------

**Kindergeld**

nein	ja, folgende Person/en:	Name	monatliche Höhe: _____ €
------	-------------------------	------	--------------------------



### Unterhalt/Unterhaltsvorschuss

nein	ja, folgende Person/en:	Name	monatliche Höhe: _____ €
------	-------------------------	------	--------------------------

### Wohngeld

nein	ja, folgende Person/en:	Name	monatliche Höhe: _____ €
------	-------------------------	------	--------------------------

### Sonstige Einkünfte (z. B. Krankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe, BAföG, Elterngeld)

nein	ja, folgende Person/en:	Name	monatliche Höhe: _____ €
------	-------------------------	------	--------------------------

Art

### Kapitalerträge (z. B. Zinsen)

nein	ja, _____ €						
------	-------------	------	-------------	------	-------------	------	-------------

### Erhalt von Sachbezügen

keine	kostenlose Verpflegung	kostenlose Wohnung	sonstige
für folgende Person/en		von	

### Haben Sie im Ausland Erwerbstätigkeiten wahrgenommen, aus denen Rentenansprüche resultieren?

nein	ja
Wer? Bitte machen Sie detaillierte Angaben.	

### Verfügen Sie noch über weitere Einkünfte (einmalig oder laufend), die oben nicht aufgezählt wurden?

nein	ja, folgende Person/en:	Name	monatliche Höhe: _____ €
------	-------------------------	------	--------------------------

### Nehmen Sie am Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder in einer Tagesstätte teil?

nein	ja, folgende Person/en:	Name
------	-------------------------	------

### 5. Angaben zu Versicherungen, sonstigen Belastungen und anderen Verpflichtungen

Kreuzen Sie bitte an, welche dieser Versicherungen und Verpflichtungen auf Sie zutreffen. Tragen Sie zudem die monatliche Höhe ein und legen dem Antrag Nachweise bei.

Haftpflichtversicherung	nein	ja, _____ €	Versicherungsnehmer/in	
Hausratversicherung	nein	ja, _____ €	Versicherungsnehmer/in	
Unfallversicherung	nein	ja, _____ €	Versicherungsnehmer/in	
Altersvorsorgebeiträge	nein	ja, _____ €	Versicherungsnehmer/in	
Sterbegeldversicherung	nein	ja, _____ €	Versicherungsnehmer/in	
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte	nein	ja, _____ €	Arbeitnehmer/in	Wegstrecke
Sonstige	nein	ja, _____ €	wenn ja, was und wofür	





### 7. Vorrangige Leistungen und Ansprüche

Machen Sie Angaben zu unterhaltspflichtigen Angehörigen der antragstellenden Person/en. Tragen Sie alle Personen ein, die **nicht** mit Ihnen in einem Haushalt leben. Bei weiteren Personen verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.

Vater	Mutter	Ehegatte/in Lebenspartner/in	(volljähriges) Kind	(volljähriges) Kind
Familienname	Familienname	Familienname	Familienname	Familienname
Vorname/n	Vorname/n	Vorname/n	Vorname/n	Vorname/n
Geburts-/ Sterbedatum	Geburts-/ Sterbedatum	Geburts-/ Sterbedatum	Geburts-/ Sterbedatum	Geburts-/ Sterbedatum
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
Wohnort	Wohnort	Wohnort	Wohnort	Wohnort
ausgeübter Beruf	ausgeübter Beruf	ausgeübter Beruf	ausgeübter Beruf	ausgeübter Beruf

**Haben Sie bereits einen Antrag auf eine andere Leistung für eine der oben aufgeführten Personen gestellt, über den noch nicht entschieden worden ist?** (z. B. Rente, Krankengeld, Unterhaltsvorschuss, Wohngeld usw.)

nein	ja	Für wen und wo? Datum des Antrags, Aktenzeichen
------	----	---

**Bestehen sonstige Ansprüche oder Forderungen gegen Dritte?** (z. B. Versicherungen)

nein	ja	Begünstigte/r	Art	Summe €
------	----	---------------	-----	---------

### 8. Bitte begründen Sie, warum Sie Leistungen nach dem AsylbLG beantragen.

