

Behörde (Stempel)

Antrag auf Leistungen nach AsylbLG

Hinweis nach § 67 a Sozialgesetzbuch SGB X
Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden
aufgrund der §§ 60 ff SGB I erhoben.

Datum

Art der beantragten Leistung: Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Hinweise zur Antragstellung: Die Anträge sind ausgefüllt bei der Stadt Warendorf, Team Soziales, Lange Kesselstraße 4-6, 48231 Warendorf einzureichen. Bei persönlicher Vorsprache ist ein 3-G-Nachweis erforderlich.

Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen	m w d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	m w d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Hilfesuchender (HS)	Lebenspartner/Ehegatte
Familienname		
Geburtsname		
Vorname		
Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ und Ort		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit		
aufenthaltsrechtlicher Status		
zuletzt ausgeübter Beruf		
Unterstützer Name/Kontaktdaten		

Weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft

Persönliche Verhältnisse	m w d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	m w d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	m w d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	m w d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Familienname			
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Stellung zum HS				
Staatsangehörigkeit				
aufenthaltsrechtlicher Status				

Bargeld, Vermögen

Person	Art und Wert (z. B. PKW, Barvermögen)

Aktuelle Einkünfte

Person	Art und Wert (z. B. Lohn, Rente, Kindergeld)

Bestehende Konten (auch im Ausland)

Person	Art und Wert

Kosten der Unterkunft / Heizung

Vermieter/Gastgeber (Name, Anschrift):	
Unterbringung möglich bis:	
Mtl. Untermiete/Nebenkosten (bitte Nachweise beifügen, z. B. Untermietvertrag)	

Krankenversicherung

Person	Versicherung

Angehörige des Hilfesuchenden außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

Familienname, Vorname	Anschrift

Aufenthaltsverhältnisse des Hilfesuchenden

Zugezogen am	von	Grund
--------------	-----	-------

Wurden bereits Leistungen erbracht? Nein <input type="checkbox"/> Ja, von <input type="checkbox"/>	bis
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Antragsbegründung (z. B. akute Mittellosigkeit, kein Einkommen und Vermögen):

Bankverbindung: nein ja:

bei: _____ (BIC) _____
IBAN: _____ Inhaber: _____

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der leistungsgewährenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir – jedoch nicht von meinen Erben – bis zum 5. eines jeden Monats für die darauf folgende Zahlung widerrufen werden.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 9 Abs. 3 AsylbLG i. V. m. § 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I – SGB I -). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – StGB -) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit – z.B. Klinikaufenthalte –), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

Hilfesuchender oder sein gesetzlicher Vertreter Ehegatte aufgenommen durch

Sprachmittler: _____