Eingang:	**Überprüfung der Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**	Seite 1

Hinweise:
Um sachgerecht über Ihren weiteren Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 4 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

1.1 Ich/Wir beantrage(n) hiermit

( ) Grundleistungen gem. §§ 3 ff. AsylbLG

( ) Leistungen in besonderen Fällen gem. § 2 AsylbLG

( ) Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft, Geburt gem. § 4 AsylbLG oder

( ) sonstige Leistungen gem. § 6 AsylbLG, und zwar _____ (bitte Belege beifügen)

1.2 Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

	1. Person	2. Person
	☐ männlich ☐ weiblich	☐ männlich ☐ weiblich
	Antragsteller(in) 1	☐ **Antragsteller(in) 2** ☐ **Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend)** ☐ **Lebenspartner(in) im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes** ☐ **Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft** ☐ **Kind**
Familienname		
Vorname		
früher geführte Namen		
Geschlecht	☐ **weiblich** ☐ **männlich**	☐ **weiblich** ☐ **männlich**
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
Geburtsdatum und –ort/Land		
Familienstand	( ) ledig ( ) verheiratet ( ) geschieden ( ) verwitwet	( ) ledig ( ) verheiratet ( ) geschieden ( ) verwitwet
Staatsangehörigkeit		
Anzahl der Personen in der Haushaltsgemeinschaft		
Der Aufenthalt ist seit der letzten Antragstellung ununterbrochen (wenn „nein" bitte Erläuterungen beifügen)	☐ ja ☐ nein, weil_____	☐ ja ☐ nein, weil _____
Entscheidung BAMF	☐ noch nicht ☐ positiv am _____ ☐ negativ am _____	☐ noch nicht ☐ positiv am _____ ☐ negativ am _____
Wurde Klage beim Verwaltungsgericht eingereicht?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Ihr aufenthaltsrechtlicher Status	☐ Aufenthaltsgestattung gem. § 55 AsylVfG ☐ Duldung gem. § _____ ☐ Aufenthaltstitel gem. § _____ ☐ Sonstiger Ausländer	☐ Aufenthaltsgestattung gem. § 55 AsylVfG ☐ Duldung gem. § _____ ☐ Aufenthaltstitel gem. § _____ ☐ Sonstiger Ausländer
Wann haben Sie die Bundesrepublik Deutschland zum letzten Mal verlassen?	Datum: Nach:	Datum: Nach:

1.3 weitere Personen der Bedarfsgemeinschaft

☐ **Keine Änderungen**

	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person	7. Person
Name					
Vorname					
Geburtsname					
Geburtsdatum					
Geburtsort/-land					
Staatsangehörigkeit					
Familienstand					

Verwandschafts-verhältnis zum Antragsteller					
in der BRD seit					
der Aufenthalt ist ununterbrochen	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Aufenthalts-rechtlicher Status	☐ Aufenthaltsgestattung gem. § 55 AsylVfG ☐ Duldung ☐ Aufenthaltstitel gem. § _____ ☐ Sonstiger Ausländer	☐ Aufenthaltsgestattung gem. § 55 AsylVfG ☐ Duldung ☐ Aufenthaltstitel gem. § _____ ☐ Sonstiger Ausländer	☐ Aufenthaltsgestattung gem. § 55 AsylVfG ☐ Duldung ☐ Aufenthaltstitel gem. § _____ ☐ Sonstiger Ausländer	☐ Aufenthaltsgestattung gem. § 55 AsylVfG ☐ Duldung ☐ Aufenthaltstitel gem. § _____ ☐ Sonstiger Ausländer	☐ Aufenthaltsgestattung gem. § 55 AsylVfG ☐ Duldung ☐ Aufenthaltstitel gem. § _____ ☐ Sonstiger Ausländer

2. Unterhaltspflichtige Personen

(z.B. der getrenntlebende oder geschiedene Ehegatte / Lebenspartner oder Kinder **außerhalb** des Haushalts)

☐ **Keine Änderungen**

Nr.	Familienname, Vorname	Geburts-datum	Familien-stand	Verwandt mit:	Verwandtschafts-verhältnis	Anschrift	ausgeübter Beruf
1.							
2.							
3.							

3. Fragen zur Bedarfsfeststellung:

3.1 Monatliche Kosten der Unterkunft und Heizung

☐ **Keine Änderungen**

☐ ich wohne in einer städtischen (Gemeinschafts-)Unterkunft					
Kaltmiete _____ €	Nebenkosten _____€	Heizung _____€		Strom _____ €	Möblierung _____€
☐ Ich wohne in einer privaten Unterkunft					
Kaltmiete (Betrag)	Nebenkosten (Betrag), soweit nicht in der Miete enthalten ← z.B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung		**Bitte Nachweise vorlegen!**		**Kosten der Unterkunft** (monatlicher Betrag)
Wohnungsgröße Gesamt – qm	Anzahl der Räume	Davon untervermietet -->	leer Räume	möbliert Räume	**Wohngeld (Miet-/Lastenzuschuss)** bewilligt bis
Vermieter (Name und Anschrift, Geschäftszeichen)					monatlicher Betrag
Heizungsart ☐Zentralheizung ☐Einzelöfen	Energieart Kohle ☐ Öl ☐ Gas ☐ Nacht-strom ☐ Haushalts-strom ☐ Fern-wärme ☐		Darin Kochfeuerung enthalten? ☐ nein ☐ ja		**Einnahmen aus Untervermietung** (monatlicher Betrag)
Heizungspauschale (soweit nicht in der Miete untrennbar bzw. in den Hauslasten enthalten) (monatlicher Betrag)	☐ ohne Warmwasser-bereitstellung	☐ Mit Warmwasser-bereitstellung	zu zahlen an (auch Kundennummer)		
Mieter der Wohnung	Zahl der Personen im Haushalt (falls abweichend von Personenzahl auf S. 1)				

3.2 Mehrbedarf

(nur auszufüllen, wenn Sie Leistungen nach § 2 AsylbLG beantragen)

☐ **Keine Änderungen**

	1. Person	**2. Person**
Schwerbehindertenausweis? (Kopie des Ausweises beifügen!)	☐ ja, gültig bis ☐ nein ☐ beantragt am	☐ ja, gültig bis ☐ nein ☐ beantragt am
	Merkzeichen G oder aG ☐ ja ☐ nein	Merkzeichen G oder aG ? ☐ ja ☐ nein
Besteht eine Schwangerschaft? ((Nachweise vorlegen)	☐ ja, Schwangerschaftswoche: ☐ nein	☐ ja, Schwangerschaftswoche: ☐ nein
Sind sie allein erziehend?	☐ ja, Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf separatem Blatt angeben! ☐ nein	
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?	☐ ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! ☐ nein	☐ ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! ☐ nein
Nehmen regelmäßig am gemeinschaftlichen Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen teil??	☐ ja, an _____Tagen pro Woche (durchschnittlich) ☐ nein	☐ ja, an _____Tagen pro Woche (durchschnittlich) ☐ nein

3.3 Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

☐ **Keine Änderungen**

Wo sind Sie versichert?				
	Krankenversicherung	**Pflegeversicherung**	**Krankenversicherung**	**Pflegeversicherung**
	☐ nicht versichert ☐ pflichtversichert ☐ Familienversichert ☐ freiwillig versichert ☐ privat versichert	☐ nicht versichert ☐ pflichtversichert ☐ Familienversichert ☐ freiwillig versichert ☐ privat versichert	☐ nicht versichert ☐ pflichtversichert ☐ Familienversichert ☐ freiwillig versichert ☐ privat versichert	☐ nicht versichert ☐ pflichtversichert ☐ Familienversichert ☐ freiwillig versichert ☐ privat versichert
	Krankenversicherung	**Pflegeversicherung**	**Krankenversicherung**	**Pflegeversicherung**
Höhe des mtl. Beitrags				

4. Einkommen- Bitte ggf. Nachweise beifügen (z.B. Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

☐ **Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich und mein Partner/meine Partnerin sowie die dem Haushalt angehörigen Kinder, neben dem nachfolgend aufgeführten und eingetragenen Einkommen, keine weiteren Einkünfte erhalten.**

Art:	1. Person		Höhe	2. Person		Höhe
Arbeitseinkommen	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Kindergeld	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Altersrente	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Witwenrente bzw. Witwerrente	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Unfallrente	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Waisenrente	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Werks- / Zusatz-/Privatrente	☐ nein	☐ja		☐ nein	☐ ja	
Auslandsrente	☐ nein	☐ja		☐ nein	☐ ja	
Erträge aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividende etc.)	☐ nein	☐ja		☐ nein	☐ ja	
Mieteinnahmen / Pachteinnahmen	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Einkommen aus einer Werkstatt für behinderte Menschen	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Sonder- / Weihnachtszuwendung	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Steuererstattung	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Privatrechtliche, geldwerte Ansprüche , Sonstige Einkünfte	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	

Versicherungen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/in (Bitte Nachweise beifügen)

☐ **Keine Änderungen**

	Bestehen:	Versicherungsgesellschaft	Jahresbeitrag
Haftpflichtversicherung	☐ nein ☐ ja		
Hausratversicherung	☐ nein ☐ ja		

5. Vermögen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/in (Bitte legen Sie die Nachweise bzw. Versicherungsscheine in Kopie bei)

☐ **Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich und mein Partner/meine Partnerin sowie die dem Haushalt angehörigen Kinder, neben dem nachfolgend aufgeführten und eingetragenen Vermögen, kein weiteres Vermögen haben.**

Art:	1. Person		Höhe	2. Person		Höhe
Bargeld	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Girokonto **(Auszüge für den Zeitraum lt. Anschreiben, lückenlos)**	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Bausparvertrag	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Ratensparvertrag, Geldmarktkonto usw.) (Auszüge 10 Jahre rückwirkend)	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Wurde ein Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Ratensparvertrag usw.) in den letzten 10 Jahren aufgelöst?	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Kaution/en (hinterlegt z. B. beim Vermieter oder im Pflegeheim)	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Bestattungsvorsorgevertrag	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Sterbeversicherung Anzahl	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Grabpflegevertrag	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Staatlich geförderte, private Altersvorsorge Anlageform:	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Lebens-/Rentenversicherung Anzahl:	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Unfallversicherung mit Rückkaufwert	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Wertpapiere (Anlageform/Institut)	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Kraftfahrzeug(e) (Km-Stand angeben und Kfz-Schein vorlegen)	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Sonstige Forderungen Art der Forderung und Schuldner (z.B.: Schadensersatz, Außenstände usw.)	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtteilen	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Hauseigentum/Grundbesitz im In- oder Ausland	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	
Sonstiges Vermögen und zwar:	☐ nein	☐ ja		☐ nein	☐ ja	

Angaben zu Schenkungen und Vermögensübertragungen

Wurde vor Antragstellung Vermögen auf andere Personen übertragen, z. B. Haus-/Grundvermögen, Geld, weitere Schenkungen, oder wurde auf Wohnrechte bzw. sonstige Rechte verzichtet?

☐ ja, in den letzten 10 Jahren ☐ ja, vor über 10 Jahren ☐ nein

Haben Sie, Ihr/e Partner/in jemandem Geldbeträge geliehen (private Darlehen)?

☐ ja ☐ nein

Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen „ja" angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus:

Begünstigte/r (Name, Adresse, ggf. gesonderte Aufstellung beifügen)	**Art der Zuwendung** (Was wurde übergeben?)	**Höhe/Wert der Zuwendung**

6. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

☐ **Keine Änderungen**

IBAN	Bank/ Geldinstitut

E r k l ä r u n g der antragstellenden Personen

Den Antrag auf Leistungen nach dem AsylbLG mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 2. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Leistungen nach dem AsylbLG erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Beratungs- und Informationsangebot:

☐ Ich wünsche noch Beratung und Unterstützung zu meiner persönlichen Situation oder habe weiteren Informationsbedarf.

Direktzahlung:

☐ Zur Vermeidung von Mietrückständen wünsche ich, dass die Miete in vertraglich vereinbarter Höhe aus meinen Leistungen direkt an meinen Vermieter bzw. die Stadtkasse gezahlt wird. Die Bankverbindung entnehmen Sie den beigefügten Unterlagen.

☐ Zur Vermeidung von Energieschulden wünsche ich, dass die Abschläge in voller Höhe direkt an meinen jeweiligen Energieversorger überwiesen werden. Die Bankverbindung entnehmen Sie den beigefügten Unterlagen.

☐ Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin / Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

Datum

1. Person	Unterschrift
2. Person	Unterschrift