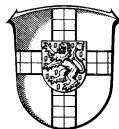


Der Kreisausschuss des Landkreises Limburg-Weilburg

Schiede 43, 65549 Limburg a. d. Lahn



Fachdienst Hilfe außerhalb von Einrichtungen / Migration

Nebengebäude Gartenstrasse 1

Tel.: (06431) 296-315

Fax.: (06431) 296-449

Email: sozialamt@limburg-weilburg.de

Antrag auf Hilfe nach dem AsylbLG

M

Eingangsvermerk

Sofern Wertangaben nicht in Euro sind, bitte Währung angeben!

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I).

1) Persönliche Verhältnisse

(bitte Nachweise vorlegen)	Nachfragende Person bzw. Antragsteller(in) 1	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Partner der eheähnlichen Gemeinschaft
Familienname		
ggf. Geburtsname		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geburtsort/Kreis		
Straße, Nr.	<input type="checkbox"/> GU <input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> GU <input type="checkbox"/> Privat
PLZ, Ort, Ortsteil		
Telefon / Handy		
Familienstand	seit	seit
Einreise BRD		
<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Vormund Name, Anschrift, Tel. (Kopie der Bestellsurkunde beifügen)		
Staatsangehörigkeit		
Asylantrag	<input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Folgeantrag vom:	<input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Folgeantrag vom:
Zuweisungsentscheidung	vom:	vom:
Aktenzeichen RP:		
aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Gestattung <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach §	<input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Gestattung <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach §
Ausweisnummer		
Erwerbsgemindert oder arbeitsunfähig - pflegebedürftig	Erwerbsgemindert/arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Pflegebedürftig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schwerbehindertenausweis ausgestellt am,:		
Merkzeichen		

Krankenversichert bei (Kasse, Vers.-Nr.)				
	<input type="checkbox"/> § 4 AsylbLG <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> § 4 AsylbLG <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt
Bank / Sparkasse				
Bankleitzahl				
Kontonummer				

2) Haushaltsgemeinschaft

(bitte Nachweise vorlegen)	Außer den oben aufgeführten Personen leben noch in der Haushaltsgemeinschaft			
	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6
Familienname				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort/Kreis				
Sozialversicherungsnummer				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller(in)				
Bank/Sparkasse				
Bankleitzahl				
Kontonummer				
Telefon / Handy				
Krankenversichert bei (Kasse, Vers.-Nr.)				
	<input type="checkbox"/> § 4 AsylbLG <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> § 264 SGB V <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> § 4 AsylbLG <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> § 264 SGB V <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> § 4 AsylbLG <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> § 264 SGB V <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> § 4 AsylbLG <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> § 264 SGB V <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt

Besteht für das/die zum Haushalt gehörende/n Kind/er beim Kreisjugendamt eine Beistandschaft

Nein Ja, für folgende/s Kind/er

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen Elternteile eines Kindes?	Zu Ziff. _____	Zu Ziff. _____
	<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt i. H. v. _____ EUR	<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt i. H. v. _____ EUR

3) Aufenthaltsverhältnisse

Seit wann im Landkreis Limburg-Weilburg wohnhaft?			
Von wo zugezogen?			
Wurde bereits Sozialhilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar von _____ (Stelle)	
	bis einschließlich _____		
Besteht eine Verpflichtungserklärung gem. § 68 Aufenthaltsgesetz?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, für	Vermerke:

4) Lebensverhältnisse bis zu 12 Monate vor Antragstellung

Selbständigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar					
Gewerbe angemeldet am:	Gewerbe abgemeldet am:					
Arbeitsverhältnisse? (bitte Nachweise vorlegen)	Nachfragende Person bzw. Antragsteller(in) 1	Partner bzw. Antragsteller(in) 2	Sonstige Haushaltsangehörige			
			Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6
Kein Arbeitsverhältnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruf bzw. Art der Tätigkeit						
Arbeitgeber (Name, Anschrift)						
von – bis						
Eigene Kündigung						
Kündigung durch Arbeitgeber						

5) Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft

Bei Unterbringung in einer Gemeinschaftsunterkunft (GU) werden die monatlichen Unterkunftskosten vom Fachdienst Migration mit dem Vermieter abgerechnet. Pauschalen für Energiekosten werden vom Regelsatz in Abzug gebracht (siehe Nutzungsvereinbarung).

Miete (bitte Nachweise beifügen)			
Zahl der Personen in der Wohnung:		Wohnfläche:	m ² , davon untervermietet: m ²
Gesamtkosten der Unterkunft (Warmmiete)		EUR	Art der Heizung <input type="checkbox"/> Zentral o. Etagenheizung <input type="checkbox"/> Einzelversorgung je Wohnung <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Festbrennstoff <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme
davon Kaltmiete		EUR	
davon Nebenkosten		EUR	
davon Heizkosten		EUR	
Sind in den Heizkosten Kosten für Warmwasser enthalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar in Höhe von	EUR	
Einnahme aus Untervermietung		EUR	
Andere Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/> Mietfrei ohne Vertragsrecht <input type="checkbox"/> Mietfrei aufgrund eines Vertragsrechtes		Bitte Unterlagen vorlegen!

Bei Haus- oder Wohneigentum legen Sie bitte vor:	Grundbuchauszug Aktuelle Forderungsaufstellung der Bank(en) Nachweise der laufenden Belastungen und Kosten/Ausgaben
--	---

Ist ein Familienmitglied, das zu Ihrem Haushalt gerechnet hat, in den letzten 24 Monaten verstorben oder ausgezogen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	seit
Ist ein Familienmitglied, das zu Ihrem Haushalt gerechnet wird, in den letzten 24 Monaten eingezogen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	seit
Erhalten Sie Wohngeld oder eine vergleichbare Leistung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	in Höhe von mtl. EUR
Bei nein, wurde eine solche Leistung beantragt?	Wann?	Wo?

6) Vermögen und Ansprüche

(bitte Nachweise vorlegen)	Nachfragende Person bzw. Antragsteller(in) 1	Partner bzw. Antragsteller(in) 2	Sonstige Haushaltsangehörige			
			Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6
Kein Vermögen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bargeld						
Bank-/Sparguthaben						
Wertpapiere						
Lebensversicherungen (Rückkaufwert)						
Staatl. geförderte Altersvorsorge						
Sterbegeldversicherung						
Hauseigentum						
Sonstiger Grundbesitz						
Kraftfahrzeug (Kfz-Schein)						
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteilsrechte)						
Sonstiges Vermögen						
Sonstiges Vermögen						

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteilsrechte) ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügten Vertrag/Urkunde
Bemerkungen:	

Besteht ein Rentenanspruch, ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, beantragt bei
Falls der Antrag abgelehnt wurde . . .	Wann?
	Warum?

Haben Sie oder Ihr(e) Partner(in) weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche, aus denen noch Leistungen möglich wären?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja und zwar	<input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich
	<input type="checkbox"/> als Kriegsbeschädigte/r <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund: _____
Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt?	
Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, bei Az.: _____

7) Unterhaltspflichtige außerhalb des Haushalts

Familienverhältnisse	1	2	3	4
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller(in)				
Familienname				
Vorname(n)				
Straße, Nr.				
PLZ, Ort, Ortsteil ggf. Land				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Arbeitgeber (Name, Anschrift)				
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene Ehegatten oder Lebenspartner?	Zu Ziff. _____ <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt i. H. v. _____ EUR <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen des getrennt lebenden oder geschiedenen Partners: _____ EUR		Zu Ziff. _____ <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt i. H. v. _____ EUR <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen des getrennt lebenden oder geschiedenen Partners: _____ EUR	

8) Einkommen

(bitte Nachweise vorlegen)	Nachfragende Person bzw. Antragsteller(in) 1	Partner bzw. Antragsteller(in) 2	Sonstige Haushaltsangehörige			
			Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtselbständige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)						
Sonstige selbständige Tätigkeit						
Wohngeld / Lastenzuschuss / Pflege Wohngeld						
Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Kindererziehungsleistung, Sonstige Renten / Pensionen)						
Sozialhilfeleistungen						
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz						
Leistungen des Arbeitsamtes (z.B. Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe, Arbeitsförderungsgeld u.a.)						
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Erziehungsgeld)						
Ausbildungsförderung						
Unterhalt						
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)						

11) Erklärung der nachfragenden Person/Antragsteller und seines/ihres Ehegatten / Lebenspartners / Partner der eheähnlichen Gemeinschaft

- Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe.
- Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückerzahlen muss.
- Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Verwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe vorliegen.
- Mir ist ferner bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger geltend gemacht werden können.
- Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass jede Änderung der Wohn-, Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort (auch Krankenhausaufenthalte usw.), auch von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitgeteilt werden muss.
- Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Verwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Verwaltung diese Information in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Leistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffenen dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.
- Die Ausübung einer Beschäftigung ist lediglich mit Zustimmung der Ausländerbehörde möglich.
- Operationen, Zahnersatz, orthopädische Hilfsmittel, Brillen, Physiotherapien, einmalige Beihilfen usw. müssen vor Inanspruchnahme beantragt werden.
-

- Ich/wir ermächtige/n den Fachbereich Vc - Soziales zur Einsichtnahme in meine Akten bei

- Ich/wir ermächtige/n alle Banken und Sparkassen zur Auskunftserteilung über meine/unsere Vermögensverhältnisse.

Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich/wir wie folgt zu zahlen:

Konto-Nr., Bankleitzahl, Name und Sitz des Geldinstituts, Name und Vorname des Kontoinhabers

- Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass meine vorstehend erfassten personenbezogenen Daten in einer automatisierten Datei gespeichert werden. Über die Zweckbestimmung der Datei und die Fristen zur Löschung der Daten wurde ich entsprechend den Regelungen im § 18 (2) Hessisches Datenschutzgesetz informiert.

Ort, Datum	Unterschrift der nachfragenden Person / Antragsteller 1	Unterschrift des Ehegatten / Lebenspartner / Partner eheähnliche Gemeinschaft / Antragsteller 2

Der Antrag wurde auf Wunsch (zum Teil) in der Behörde aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

Unterschrift der nachfragenden Person (1)	Unterschrift des Aufnehmenden
---	-------------------------------

Der Antrag wurde im Beisein eines Dolmetschers ausgefüllt und von diesem nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß übersetzt:

Name d. Dolmetscher/in	Unterschrift d. Dolmetscher/in
------------------------	--------------------------------

Nutzungsvereinbarung ausgehändigt	am:	von:
--	-----	------