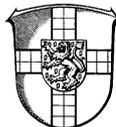


# Der Kreisausschuss des Landkreises Limburg-Weilburg

Schiede 43, 65549 Limburg a. d. Lahn



**Fachdienst Migration**  
Nebengebäude Gartenstraße 1  
Tel: 06431/296-315  
Fax: 06431/296-449  
E-Mail: 51.51@limburg-weilburg.de

## Antrag auf Hilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

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 § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b 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
Familiename		
ggf. Geburtsname		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geburtsort/Kreis		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße, Nr.	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftsunterkunft <input type="checkbox"/> Privatwohnung _____	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftsunterkunft <input type="checkbox"/> Privatwohnung _____
PLZ, Ort, Ortsteil		
Telefon/Handy		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> _____
Einreise in die Bundesrepublik Deutschland am		
<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Vormund Name, Anschrift, Tel. <small>(Kopie der Bestellsurkunde beifügen)</small>		
Staatsangehörigkeit		
Religion		
Volkszugehörigkeit		
Sprache		
Zuweisungsentscheidung vom		
Aktenzeichen Regierungspräsidium		

<b>Asylantrag</b>		
Datum des Asylantrags		
Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) hat über den Asylantrag	<input type="checkbox"/> noch nicht entschieden <input type="checkbox"/> positive Entscheidung <input type="checkbox"/> negative Entscheidung	<input type="checkbox"/> noch nicht entschieden <input type="checkbox"/> positive Entscheidung <input type="checkbox"/> negative Entscheidung
Gegen die Entscheidung des BAMF ist eine Klage anhängig	<input type="checkbox"/> ja, beim Verwaltungsgericht/Aktenzeichen: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, beim Verwaltungsgericht/Aktenzeichen: _____ <input type="checkbox"/> nein
<b>Aufenthaltsdokumente</b>		
Aufenthaltsgestattung nach § 55 AsylG liegt vor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufenthaltsstitel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: nach § _____ AufenthG ausgestellt von Behörde: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: nach § _____ AufenthG ausgestellt von Behörde: _____
Duldung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: <input type="checkbox"/> weil die Ausreise noch nicht erfolgen kann und aufenthaltsbeendende Maßnahme nicht vollzogen werden können, weil humanitäre, rechtliche oder persönliche Gründe oder das öffentliche Interesse entgegenstehen. <input type="checkbox"/> andere Gründe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: <input type="checkbox"/> weil die Ausreise noch nicht erfolgen kann und aufenthaltsbeendende Maßnahme nicht vollzogen werden können, weil humanitäre, rechtliche oder persönliche Gründe oder das öffentliche Interesse entgegenstehen. <input type="checkbox"/> andere Gründe:
Vollziehbar zur Ausreise verpflichtet	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein

Krankenversicherungsschutz	<input type="checkbox"/> § 4 AsylbLG <input type="checkbox"/> pflichtversichert bei (Krankenkasse): <input type="checkbox"/> freiwillig versichert bei (Krankenkasse): <input type="checkbox"/> familienversichert über (Name, Vorname):
----------------------------	---

## 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				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller(in)				
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

**3) Aufenthaltsverhältnisse**

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

**4) Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft**

**Bei Unterbringung in einer Gemeinschaftsunterkunft (GU) sind monatliche Gebühren fällig (siehe Gebührenbescheid).**

<b>Miete</b> (bitte fügen Sie den Mietvertrag bei und lassen vom Vermieter eine Mietbescheinigung vollständig ausfüllen)				
Zahl der Personen in der Wohnung:		Wohnfläche:	m <sup>2</sup> , davon untervermietet:	m <sup>2</sup>
Gesamtkosten der Unterkunft (Warmmiete)	EUR			

**5) Vermögen und Ansprüche (auch im Ausland!)**

<u>(bitte Nachweise vorlegen)</u>	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 in Höhe von						
Bank-/Sparguthaben in Höhe von:						
Wertpapiere						
Sonstiges (wie z. B. Lebensversicherung, KFZ, Grundbesitz)						
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:			

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.:			

**6) Verwandte/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				
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	

**7) Einkommen**

(bitte Nachweise vorlegen)	Nachfragende Person bzw. Antragsteller(in) 1	Partner bzw. Antragsteller(in) 2	Sonstige Haushaltsangehörige nach Nr. 2)			
			Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6
Gehen Sie einer Erwerbstätigkeit nach?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Erwerbstätig seit:						
Arbeitgeber:						
Selbstständigkeit						
Kindergeld						
Krankengeld						
Arbeitslosengeld oder Grundversicherung für Arbeitssuchende						
Unterhalt von Angehörigen						
Sonstige Einkünfte						
Werden die monatlich Einkünfte in unterschiedlicher Höhe gezahlt, so ist das jeweilige Monatseinkommen zu einem schriftlich vereinbarten Termin mitzuteilen. Die Mitwirkungspflicht gem. § 60 ff. des Ersten Buches (I) Sozialgesetzbuch (SGB) gilt als nicht erfüllt, wenn der Nachweis nach dem vereinbarten Termin bei der Behörde eingeht (Posteingangsstempel des Landkreises). Das Amt für soziale Angelegenheiten wird bis zur Nachholung dieser Mitwirkungspflicht die Leistung ganz versagen oder entziehen.						

**Hinweis: Sofern Sie beabsichtigen, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen ist dies von der Ausländerbehörde zu genehmigen. Darüber hinaus ist das Sozialamt rechtzeitig vor Aufnahme der Tätigkeit zu informieren. Nachweise über das Arbeitsverhältnis und das zu erwartende Einkommen sind vorzulegen (z. B. Arbeitsvertrag und Lohnabrechnung).**

**8) Vom Einkommen absetzbare Beträge**

(bitte Nachweise vorlegen)	Nachfragende Person bzw. Antragsteller(in) 1	Partner bzw. Antragsteller(in) 2	Sonstige Haushaltsangehörige			
			Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6
Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersvorsorgebeiträge						
Sterbeversicherung						
Haftpflichtversicherung						
Aufwendungen für Arbeitsmittel						
Beiträge für Berufsverbände						
Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung						
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle						
Fahrtskosten zur Arbeitsstelle mit:						
- öffentlichen Verkehrsmitteln						
- PKW						
- Kleinst-Pkw (bis 500 ccm)						
- Motorrad						
- Mofa						
Sonstiges						
Nähere Begründung zu „Sonstiges“						

**9) Begründung des Antrages:**


**10) Erklärung der nachfragenden Person/Antragsteller und seines/ihrer 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 zurückzahlen 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.

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

Name des Kontoinhabers		
Bank / Sparkasse		
BIC		
IBAN		

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 mit Hilfe der Behörde/ eines Dolmetschers ausgefüllt und von diesem nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß übersetzt:

Name des Aufnehmenden/ Dolmetschers	Unterschrift d. Antragsteller 1 + 2
-------------------------------------	-------------------------------------

<b>Gebührenbescheid ausgehändigt</b>	am:	von:
--------------------------------------	-----	------