

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Beantragt werden hiermit laufende Leistungen für folgende Antragsteller

A. Persönliche Verhältnisse

AntragstellerIn: wohnhaft				
Name	Vorname	Geb.tag	Verhältnis zu 1.	Beruf
1.			-	
Zur Hausgemeinschaft des Antragstellers gehörende Personen:				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

B. Einkommens- und Vermögensverhältnisse

Arbeitseinkommen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	€
Arbeitslosengeld oder -hilfe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	€
Sonstiges Einkommen (z.B. Unterhaltszahlungen usw.)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	€
Bankguthaben	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	€
Barguthaben	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	€
Besitz eines Kraftfahrzeuges	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Sonstiges Vermögen (Lebensv., Bausparvertrag usw.)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	€
Ausländische Einkommen oder Renten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	€
Zugriff auf ausländisches Konto möglich (Guthaben)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	€

C. Unterhaltspflichtige Angehörige

Name	Vorname	Verh. zu 1	Adresse	Einkünfte

D. Sonstige wesentliche Angaben

Waren oder sind sie renten- oder krankenversichert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Waren sie bereits früher in Deutschland?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben sie früher schon in Deutschland gearbeitet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben sie früher schon Sozialhilfe bezogen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, bitte genauere Angaben:		

Ich versichere, dass alle Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Mir ist bekannt, dass alle Änderungen der Verhältnisse, die für die Gewährung und die Höhe der Hilfe nach dem AsylbLG maßgebend sind, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt mitzuteilen sind.

Ort / Datum		Unterschrift	1.	2.
-------------	--	--------------	----	----