

**Antrag auf  
Leistungen  
nach dem  
AsylbLG**

**Hinweis:**  
Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 9  
Asylbewerberleistungsgesetz in Verbindung mit den §§ 60 bis  
65 SGB I.

Ausgabedatum:

Eingangsdatum:

Art der beantragten Hilfe:

Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Anschrift:

Telefon:

**Alle Personen in der Haushaltsgemeinschaft:**

Nr	Familienname, Vorname auch Geburtsname und Namen aus früheren Ehen	Geschlecht	Geburtsdatum und -ort	Familienstand - ggf. seit wann - und Stellung zum Haushaltungsvor- stand / Bedarfsgemeinschaft	Staats- angehörigkeit	bei Ausländern aufenthalts- rechtlicher Status
1	Haushaltungsvorstand					
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Leistungen nach dem AsylbLG wird beantragt für  
die Personen Nr.:

--	--	--	--	--	--	--	--

für alle Personen

Schwerbehindertenausweis (Merkzeichen „G“ oder  
"aG") ist vorhanden/beantragt für Personen Nr.:

--	--	--	--

Bitte Kopie beifügen

Betreuung ist eingerichtet für die Personen Nr.:

--	--	--	--

Bitte Kopie der Bestallungsurkunde beifügen

← **Aufenthaltsverhältnisse der Hilfesuchenden vor der Antragstellung** (nur auszufüllen, wenn der Antrag im  
Zusammenhang mit einem Umzug/Aufenthaltswechsel gestellt wird):

Bisher wurde eine eigene Wohnung bewohnt.

Bisher habe ich/haben die Pers.Nr. \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_ gewohnt.

Sozialhilfe habe ich/ haben wir bisher nicht erhalten

Sozialhilfe habe ich/haben die Pers.Nr. \_\_\_\_\_ erhalten bis zum: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_

Haben einzelne Antragsteller/innen innerhalb eines Monats vor der Antragstellung in einer Einrichtung gelebt oder waren sie  
außerhalb der Einrichtung untergebracht und von der Einrichtung betreut worden?

Nein  Ja (bitte Nachweise hierzu beifügen)

Sind alle oder einzelne Antragsteller/innen innerhalb eines Monats vor der Antragstellung aus dem Ausland zugezogen?

Nein  Ja, alle Antragsteller/innen sind zugezogen

Ja, einzelne Antragsteller/  
innen sind zugezogen:

Datum der Einreise

vorherige Anschrift , Geburtsort / -land, Ort des  
Grenzübertritts und Grund der Einreise

Person Nr.

Person Nr.

Person Nr.



± **Vermögen** (nach § 90 SGB XII/§ 7 AsylbLG - bitte Nachweise beifügen)

Hierzu gehören insbesondere Bargeld, Bank- und Sparguthaben, Wertpapiere, Haus- und Wohnungseigentum (sonstiger Grundbesitz), Lebensversicherungen, vermögenswirksame Leistungen, sonstiges Vermögen, Kraftfahrzeuge usw.

Nr	Art	Wert €

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?

Nein  Ja (bitte Sachverhalt darlegen)

Keine der hilfebegehrenden Personen ist Halter/Eigentümer eines Kraftfahrzeuges

Alle hilfebegehrenden Personen verfügen über keinerlei Vermögen.

" **Monatliche Kosten der Unterkunft** (nur bei Mietwohnungen auszufüllen\*)

Grundmiete	Betriebskostenvorauszahlung (ohne Heizkosten)	Vorauszahlungen Zentralheizung	zu zahlen an (falls nicht an den Vermieter)	Vorauszahl. Einzelheizung z.B. Gas-Circo, Nachtstrom	Gesamtkosten monatlich
€	€	€	€	€	€
<b>Heizungsart</b> <input type="checkbox"/> Zentralheizung → <input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne Warmwasserbereitung  <input type="checkbox"/> Einzelöfen → Energieart <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl  → Sind alle Wohn- und Schlafräume beheizbar? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Die Wohnung ist <input type="checkbox"/> öffentlich gefördert <input type="checkbox"/> frei finanziert  Das Gebäude ist ausgestattet mit <input type="checkbox"/> Aufzug <input type="checkbox"/> Gemeinschaftswaschmaschine	Wohnungsgröße insgesamt  <b>qm</b>  Die Wohnung liegt im  Geschoss  Anzahl der Wohn- und Schlafräume:  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> nein	Jahr des Wohnungsbezuges  Letzte Renovierung  Räume untervermietet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> nein	<b>Wohngeld / Lastenzuschuss monatlich</b>  <b>€</b>  <b>bewilligt bis:</b>

\* Bei selbst genutztem **Haus- oder Wohnungseigentum** bitte eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen beifügen.

≥ **Angehörige der Hilfesuchenden außerhalb der Haushaltsgemeinschaft**

(geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten, Partner/innen einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern, Kinder - auch aus früheren Ehen und nichtehelichen Lebensgemeinschaften -, Adoptivkinder)

Familienname, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden	Anschrift	Unterhaltstitel ja/nein

Ist Ihnen bekannt, ob eine oder mehrere der aufgeführten Personen über ein Einkommen von jährlich über 100.000 € verfügen?

nein, nicht bekannt  keine Person verfügt über derartige Einkünfte  ja, Name:

× **Antragsbegründung sowie besondere (finanzielle) Belastungen** (z.B. Miet- oder Energiekostenrückstände)

- Mittellosigkeit
- Wegfall Erwerbseinkommen
- Einstellung der Leistungen beim Jobcenter durch Änderung des Aufenthaltsstatus
- Sonstige Begründung (bzw. Erklärung wie der Lebensunterhalt bislang sichergestellt wurde):
- 
- 
- 
- 
- 
- 

**Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich /bitten wir zu überweisen:**

- auf Konto: \_\_\_\_\_ BLZ\_ \_\_ Geldinstitut: \_\_\_\_\_  
 IBAN: 

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
 BIC: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Kontoinhaber/in (wenn nicht Hilfesuchende(r):
- an den/die Vermieter/in       an die Wuppertaler Stadtwerke AG       an die Krankenkasse

Ich beauftrage/Wir beauftragen das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen/unseren Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfeführenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir/uns - jedoch nicht von meinen/unseren Erben - bis zum 15. eines Monats für die darauffolgende 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 (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I - SGB I -). Ich versichere/Wir versichern, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann/können (§ 263 Strafgesetzbuch - StGB -) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss/müssen. Ich bin/Wir sind 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. Krankenhausaufenthalte -), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich/sind wir belehrt worden (§ 66 SGB I).

Sofern für mehrere Personen Leistungen nach dem AsylbLG gewährt werden, sind wir damit einverstanden, dass uns ein einheitlicher Bescheid erteilt wird.

Ich bestätige/Wir bestätigen, dass ich/wir ein *„Merkblatt zur Information nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bei Erhebung personenbezogener Daten bei der betroffenen Person“* erhalten habe/n.

Hilfesuchende/r oder gesetzliche/r Vertreter/in	Ehegatte	Aufgenommen durch: Name:  Tel.:  Unterschrift:
---	----------	---