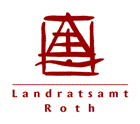
Landratsamt Roth

Seniorenamt und Soziales

Asylleistungsabteilung

Weinbergweg 1

91154 Roth

**Antrag auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

Ich / Wir beantrage(n) hiermit

**Grundleistungen nach §§ 3ff. AsylbLG**  
 außerhalb von Einrichtungen i. S. des § 44 AsylVfG oder vergleichbarer Einrichtungen

**oder**

**Leistungen in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG**

1. **Persönliche Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Vornamen: | Geburtsdatum: |
| Staatsangehörigkeit: |

Geschlecht: weiblich männlich

**Familienstand:**

ledig verheiratet verwitwet getrennt lebend

geschieden wiederverheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft

|  |
| --- |
| seit: |

|  |
| --- |
| Letzter Wohnsitz (vor Zuweisung in den Landkreis Roth): |
| In der Bundesrepublik Deutschland seit: |
| Im Landkreis Roth seit: |

**Ehepartnerin/Ehepartner/eingetragene Lebenspartnerin/eingetragene Lebenspartner:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Vornamen: | Geburtsdatum: |
| Staatsangehörigkeit: |

Geschlecht: weiblich männlich

**minderjährige Kinder:**

a)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Vornamen: | Geburtsdatum: |
| Staatsangehörigkeit: |

Geschlecht: weiblich männlich

b)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Vornamen: | Geburtsdatum: |
| Staatsangehörigkeit: |

Geschlecht: weiblich männlich

c)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Vornamen: | Geburtsdatum: |
| Staatsangehörigkeit: |

Geschlecht: weiblich männlich

Bei weiteren Kindern, siehe Seite 5. (Anlage zu 1. weitere minderjährige Kinder)

Die Antragstellung bezieht sich auch auf zukünftig geborene Kinder, welche der Bedarfsgemeinschaft zuzurechnen sind, sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

1. **Wohnort:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Straße, Hausnummer: | PLZ: | Ort: |

1. **Angaben über das Asylverfahren**

**Antragstellerin/Antragsteller:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylVfG) | ja | nein |
| Duldung (§ 60a AufenthG) | ja | nein |
| Sonst. Aufenthaltsstatus gem. § 1 Abs. 1 AsylbLG: | | |

**Ehepartnerin/Ehepartner/eingetragene Lebenspartnerin/eingetragene Lebenspartner:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylVfG) | ja | nein |
| Duldung (§ 60a AufenthG) | ja | nein |
| Sonst. Aufenthaltsstatus gem. § 1 Abs. 1 AsylbLG: | | |

1. **Sonstige Angaben**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Einkommen (z. B. aus einer Erwerbstätigkeit) | ja | nein |
| Vermögen (z. B. Barvermögen): | ja | nein |
| Wenn ja, in welcher Höhe?: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wurde für Sie eine Verpflichtungserklärung abgegeben? | ja | nein |
| Von wem? (Name und genaue Adresse) |  |  |

|  |
| --- |
| Wurden vom bisher zuständigen Träger Sozialhilfeleistungen gewährt? |
| Es wurden Leistungen nach dem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (z. B. AsylbLG, SGB XII, SGB II) gewährt |
| Für welchen Zeitraum und in welcher Höhe? |

Sofern hierzu keine Angaben gemacht werden können, erfolgt eine vorläufige Leistungsgewährung ab Zuweisung in den Landkreis Roth. Sofern zu einem späteren Zeitpunkt Erkenntnisse über bereits oder nicht erbrachte Leistungen eingehen, werden diese entsprechend verrechnet.

1. **Freiwillige Angaben zu Telefonnummer und E-Mail zur Kontaktaufnahme:**

|  |  |
| --- | --- |
| Telefonnummer: | E-Mail-Adresse: |

Erklärung des Hilfesuchenden und seines Ehegatten bzw. Partners

Ich versichere/Wir versichern, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechend und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze/n und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss/müssen.

Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfegewährung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens- und Familienverhältnisse, sowie Aufenthaltsverhältnisse (z. B. Wohnortwechsel, längere Abwesenheit, Auslandsaufenthalte, Krankenhausaufenthalte oder Haftaufnahmen) sofort unaufgefordert dem Landratsamt Roth – Seniorenamt und Soziales – mitzuteilen. Nur so kann vermieden werden, dass es zu Überzahlungen kommt. Sollten Sie Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie eventuell zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten und erfüllen möglicherweise einen Ordnungswidrigkeiten- oder Straftatbestand.

Bei Bedarf kann ein Krankenschein für notwendige Behandlungen für den praktischen Arzt ausgestellt werden. Die behandelnden Ärzte, Kliniken und ärztliche Gutachter entbinde ich hiermit gegenüber dem Landratsamt Roth – Seniorenamt und Soziales – und dem Staatlichen Gesundheitsamt von der ärztlichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

**Anlage zu 1. weitere minderjährige Kinder:**

d)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Vornamen: | Geburtsdatum: |
| Staatsangehörigkeit: |

Geschlecht: weiblich männlich

e)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Vornamen: | Geburtsdatum: |
| Staatsangehörigkeit: |

Geschlecht: weiblich männlich

f)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Vornamen: | Geburtsdatum: |
| Staatsangehörigkeit: |

Geschlecht: weiblich männlich

g)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Vornamen: | Geburtsdatum: |
| Staatsangehörigkeit: |

Geschlecht: weiblich männlich

h)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Vornamen: | Geburtsdatum: |
| Staatsangehörigkeit: |

Geschlecht: weiblich männlich