

**Antrag auf Gewährung von Leistungen gem. §§ 3-7 AsylbLG bzw. Leistungen gem. § 2 AsylbLG****1. PERSÖNLICHE ANGABEN DES ANTRAGSTELLERS / DER ANTRAGSTELLERIN**

Name, Vorname:	
Geburtsname:	
Geburtsdatum und - Ort:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angaben
Anschrift:	
Familienstand:	
Staatsangehörigkeit/en:	
Schulbildung:	
Beruf:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Bankverbindung:	IBAN: BIC:
Bankkonto im Ausland vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PayPal Konto vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kranken- und Pflegeversicherung:	<input type="checkbox"/> ja, bei _____ <input type="checkbox"/> nein
Aufenthalt:	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylG) <input type="checkbox"/> Duldung gemäß _____ AufenthG <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis gemäß _____ AufenthG <input type="checkbox"/> Visum (§ 6 AufenthG)
Einreise Deutschland:	
Datum Asylantrag:	
Hat das BAMF über ihren Asylantrag entschieden?	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> befürwortet <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> nein

**2. PERSÖNLICHE ANGABEN WEITERER FAMILIENANGEHÖRIGER** (bei weiteren Personen bitte neuen Antrag ausfüllen)

	<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>	<b>3. Person</b>	<b>4. Person</b>
Name, Vorname:				
Geburtsdatum und - Ort:				
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angaben	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angaben	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angaben	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angaben
Familienstand:				
Staatsangeh.:				
Verwandtschaftsver.:				
Schulbildung:				
Beruf:				
Telefonnummer:				
E-Mail:				
Bankverbindung:	IBAN: BIC:	IBAN: BIC:	IBAN: BIC:	IBAN: BIC:
Bankkonto im Ausland vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PayPal Konto vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kranken- und Pflegeversicherung:	<input type="checkbox"/> ja, bei _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei _____ <input type="checkbox"/> nein

Aufenthalt:	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylG) <input type="checkbox"/> Duldung gemäß _____ AufenthG <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis gemäß _____ AufenthG <input type="checkbox"/> Visum (§ 6 AufenthG)	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylG) <input type="checkbox"/> Duldung gemäß _____ AufenthG <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis gemäß _____ AufenthG <input type="checkbox"/> Visum (§ 6 AufenthG)	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylG) <input type="checkbox"/> Duldung gemäß _____ AufenthG <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis gemäß _____ AufenthG <input type="checkbox"/> Visum (§ 6 AufenthG)	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylG) <input type="checkbox"/> Duldung gemäß _____ AufenthG <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis gemäß _____ AufenthG <input type="checkbox"/> Visum (§ 6 AufenthG)
Einreise Deutschland:				
Datum Asylantrag:				
Hat das BAMF über Ihren Asylantrag entschieden?	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> befürwortet <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> befürwortet <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> befürwortet <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> befürwortet <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> nein

### **3. KOSTEN DER UNTERKUNFT**

ich/wir wohnen mietfrei bei \_\_\_\_\_

es fallen Mietkosten an:

Kaltniete:	
Nebenkosten:	
Heizkosten:	<input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Holz/Holzpellets
Warmwasserkosten:	<input type="checkbox"/> über Zentralheizung <input type="checkbox"/> über Boiler/Therme <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Warmwasserkosten bei den Heizkosten inklusive
Sonstige Kosten:	
Pauschalmiete:	

### **4. EINKOMMEN DES ANTRAGSTELLERS / DER ANTRAGSTELLERIN**

**Besteht derzeit Einkommen?** (z.B. Renten, Erwerbseinkommen, Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II, Unterhalt, freiwillige Zahlungen, Kindergeld oder sonstiges Einkommen)

	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Art des Einkommens:		
Höhe monatlich:		
Zeitraum von / bis:		
Besondere Belastungen:		

**Bestand in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung ein Arbeitsverhältnis für Sie?**

	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Arbeitgeber*in:		
Zeitraum von / bis:		
Beendigungsgrund:		

**5. EINKOMMEN WEITERER FAMILIENANGEHÖRIGER** (bei weiteren Personen bitte neuen Antrag ausfüllen)

**Besteht derzeit Einkommen für die Familienangehörigen?** (z.B. Renten, Erwerbseinkommen, Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II, Unterhalt, freiwillige Zahlungen, Kindergeld oder sonstiges Einkommen)

	<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>	<b>3. Person</b>	<b>4. Person</b>
	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Art des Einkommens				
Höhe monatlich				
Zeitraum von / bis				
Besondere Belastungen				

**Bestand in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung ein Arbeitsverhältnis für die Familienangehörigen?**

	<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>	<b>3. Person</b>	<b>4. Person</b>
	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Arbeitgeber*in:				
Zeitraum von / bis:				
Beendigungsgrund:				

