

VERBANDSGEMEINDEVERWALTUNG WESTERBURG



arbeitet klimafreundlich!
Gedruckt auf 100% Recyclingpapier

Verbandsgemeindeverwaltung • Postfach 12 40 • 56456 Westerburg

56457 Westerburg
Neumarkt 1
Telefon (02663) 2910
Telefax (02663) 291888

Öffnungszeiten der VG (alle Dienststellen)

Montag – Freitag: 08:00 – 12:00 Uhr
Montag – Dienstag: 14:00 – 16:00 Uhr
Donnerstag: 14:00 – 18:00 Uhr

Sozialamt

Montag-Dienstag 08.00 – 12.00 Uhr
Freitag 08.00 – 12.00 Uhr

Antrag auf Leistungen nach dem AsylbLG

Das Asylbewerberleistungsgesetz stellt auf Antrag den notwendigen Bedarf an Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheitspflege, Gebrauchs- und Verbrauchsgüter des Haushalts sowie Bedarfe zur Deckung persönlicher Bedürfnisse des täglichen Lebens sicher, sofern die Antragsberechtigte Person nicht in der Lage ist, dies aus eigenen Mitteln zu bestreiten.

Des Weiteren werden erforderliche Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt erbracht. Sofern die Kommune der Rahmenvereinbarung des Landes Rheinland-Pfalz nicht beigetreten ist, stellt sie eigene Behandlungsscheine für eine Kranken- oder zahnärztliche Behandlung aus und rechnet diese auch direkt mit dem Leistungserbringer ab.

Der Antrag ist **nur** bei dem örtlich zuständigen **Sozialamt** zu stellen.

1. Persönliche Verhältnisse

1.1 Antragsteller/in

Familienname	_____	weiblich ☐	männlich ☐	divers ☐
Vorname	_____	Straße, Nr. _____		
Geburtstagdatum	_____	PLZ, Wohnort _____		
Geburtsort	_____	Telefonnummer _____		
Staatsangehörigkeit	_____			
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet*, seit _____ ☐ getrennt lebend* seit _____			
	☐ geschieden* seit _____ * Bitte entsprechende Nachweise beifügen			
Aufenthaltsrechtlicher Status	☐ Auskunftsnachweis ☐ Aufenthaltsgestattung ☐ Duldung ☐ BAMF-Bescheid			
	☐ Fiktionsbescheinigung ☐ Aufenthaltserlaubnis ☐ Sonstiges: _____			
Datum der Einreise	_____	☐ mit Visum		☐ ohne Visum
Haben Sie einen Asylantrag gestellt?	☐ ja ☐ nein			
Haben Sie in einem anderen Staat einen Asylantrag gestellt?	☐ ja, in _____ ☐ nein			
Haben Sie bereits in einem anderen Staat Leistungen erhalten?	☐ ja, in _____ ☐ nein			

1.2 Antragsteller/in, Ehegatt/in, Lebensgefährte/in, Lebenspartner/in zu Nr. 1.1

Familienname	_____	weiblich ☐	männlich ☐	divers ☐
Vorname	_____	Straße, Nr. _____		
Geburtstagdatum	_____	PLZ, Wohnort _____		

Geburtsort _____ Telefonnummer _____

Staatsangehörigkeit _____

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet*, seit _____ ☐ getrennt lebend* seit _____
☐ geschieden* seit _____ * Bitte entsprechende Nachweise beifügen

Aufenthaltsrechtlicher Status ☐ Auskunftsnachweis ☐ Aufenthaltsgestattung ☐ Duldung ☐ BAMF-Bescheid
☐ Fiktionsbescheinigung ☐ Aufenthaltserlaubnis ☐ Sonstiges: _____

Datum der Einreise _____ ☐ mit Visum ☐ ohne Visum

Haben Sie einen Asylantrag gestellt? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie in einem anderen Staat einen Asylantrag gestellt? ☐ ja, in _____ ☐ nein

Haben Sie bereits in einem anderen Staat Leistungen erhalten? ☐ ja, in _____ ☐ nein

1.3 Weitere geflüchtete Personen des Haushalts, mit denen der/die Hilfesuchende in Bedarfsgemeinschaft lebt und für die Leistungen beantragt werden

- Für volljährige Personen bitte jeweils einen eigenen Antrag ausfüllen.
- Bitte Kopie aller Pässe/Geburtsurkunden beifügen, soweit vorhanden.

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

1.4 Liegt eine Schwangerschaft bei einer der 1.1 – 1-3 Personen vor?

- ☐ ja → Wenn ja, fügen Sie dem Antrag bitte eine Kopie des Mutterpasses bei.
- ☐ nein

1.5 Weitere Personen, die im selben Haushalt leben und keine Leistungen nach AsylbLG

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Verbindung/Relation zum Antragstellenden (Familienmitglied, Freund/Bekannte etc.)
1.			
2.			
3.			

2. Wohnverhältnisse des/der Antragsteller/s

Ich/wir leben

☐ in einer Gemeinschaftsunterkunft

☐ in einer kommunalen Obdachlosenunterkunft

Die monatliche Nutzungsgebühr beträgt _____ €.

→ Bitte fügen Sie dem Antrag eine Kopie des Nutzungsgebührenbescheides bei.

☐ in privaten Wohnraum

Die Wohnungsmiete beträgt monatlich gesamt _____ €.

→ Bitte fügen Sie eine vollständige Kopie des Mietvertrages sowie eine ausgefüllte Mietbescheinigung dem Antrag bei.

☐ Mietfrei

☐ im eigenen Haus/ Eigentum

☐ Sonstiges: _____

Seit wann leben Sie am Ort der Antragstellung? _____

Von wo sind Sie zugezogen? _____

3. Krankenversicherung

➤ Bitte Nachweise beifügen!

Besteht / bestand eine Krankenversicherung in Deutschland?

☐ nein

☐ ja

Bitte Name und Anschrift der Krankenversicherung angeben:

Art der Versicherung

☐ pflichtversichert

☐ als Familienangehöriger

☐ privat versichert

☐ freiwillig Kranken-/Pflegeversicherung

☐ als Rentenantragssteller

Der monatliche Betrag beträgt: _____ €.

4. Einkommensverhältnisse

Einkommen des/der Antragsteller/s und aller im Haushalt lebenden Familienangehörigen:

Bitte füllen Sie hierzu den Prüfungsbogen Einkommen und Vermögen aus.

5. Vermögen

Die folgenden Angaben betreffen alle Antragstellenden des Antrags auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Auch Vermögen im Ausland muss angegeben werden!

Bitte füllen Sie hierzu den Prüfungsbogen Einkommen und Vermögen aus.

6. Bezahlkarte

Hinweis: Die Leistungen werden entsprechend der Vorgaben des AsylbLG in Form von Geld- oder Sachleistungen, einer Bezahlkarte, Wertgutscheinen oder anderen unbaren Abrechnungen erbracht.

Ich bitte / wir bitten darum die Leistungen entsprechend zu Verfügung zu stellen.

7.1 Bezahlkarte

Ich bin im Besitz einer Bezahlkarte (SocialCard) / wir sind im Besitz von Bezahlkarten (SocialCard)

mit folgender/n Kartennummern

	19-stellige Kartennummer eintragen
zu Nr 1.1	
Zu Nr. 1.2	

8. Einwilligung zur Weitergabe von Behandlungsausweisen für die ärztliche / zahnärztliche Behandlung & Schweigepflichtsentbindung

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass das Landratsamt Heilbronn als untere Aufnahmebehörde im Rahmen der Krankenhilfe nach dem AsylbLG Behandlungsausweise für Asylbewerber bei Bedarf direkt an die Leistungserbringer versendet (z.B. Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Notfallpraxen etc.)

Ich bin/Wir sind zudem damit einverstanden, dass das Sozialamt der Verbandsgemeinde Westerburg als untere Aufnahmebehörde und das Gesundheitsamt der Kreisverwaltung des Westerwaldkreises die nötigen Auskünfte und Unterlagen von den Leistungserbringern erhalten. So können diese über die von mir/uns gewünschte Maßnahme entscheiden.

Ich erlaube/Wir erlauben den Ärzten im Rahmen der Krankenhilfe Informationen über uns weiterzugeben/entbinde/n diese von deren ärztlicher Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt bis zu ihrem Widerruf. Der Widerruf ist jederzeit schriftlich möglich.

☐ ja, ich bin / wir sind einverstanden ☐ nein, ich bin / wir sind nicht einverstanden

10. Erklärung

Ich versichere/Wir versichern, dass meine/unserer Angaben wahr und vollständig sind. Es wurden alle Einkünfte und das gesamte Vermögen lückenlos angegeben. Sowohl auch die Einkünfte und das Vermögen meiner Person als auch der in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen.

Mir ist bekannt/uns ist bekannt, dass ich mich/wir uns wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache/n (Betrug gemäß § 263 Strafgesetzbuch) und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückerstatten muss/müssen.

Über meine/unsere Mitwirkungspflichten, die Grenzen der Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 ff. im Ersten Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) wurde ich/wurden wir unterrichtet. Es besteht die Verpflichtung, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung relevant sind. Insbesondere müssen Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, eine vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte und die Aufnahme jeder Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) dem Sozialamt der Verbandsgemeinde Westerburg unverzüglich und unaufgefordert mitgeteilt werden.

Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund der §§ 60 - 65 SGB I erhoben. Sie werden benötigt, um die Leistungsvoraussetzungen zu prüfen. Werden keine, unvollständige oder nicht alle erforderlichen Angaben gemacht, kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Personenbezogene Daten werden im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet.

11. Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r

- ☐ Als Betreuer / Bevollmächtigter, gebe ich diese Erklärungen im Namen des/der Antragstellers/in ab. Die Vollmacht ist beigelegt.

Angaben des Betreuers/ Bevollmächtigten
Name, Vorname
Adresse & Telefonnummer

Rückfragen an:

E-Mail: Sozialamt@vg-westerburg.de

(Ort, Datum)

Unterschrift Antragsteller/in (1.1) Betreuer / Bevollmächtigter

Unterschrift Antragsteller/in (1.2)