

Antrag auf Leistungen nach dem AsylbLG ►►► ab dem _____ ◀◀◀

Personen-Stammdaten	
Name, Vorname, ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum, -ort; Staatsangehörigkeit	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Familienstand <input type="checkbox"/> ld. <input type="checkbox"/> vh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.

Angehörige (Name, Geb.-datum)	,
Ehegatte	
1. Kind <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	
2. Kind <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	
3. Kind <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	
Vater des <input type="checkbox"/> Antragstellers <input type="checkbox"/> Ehegatten	,
Mutter des <input type="checkbox"/> Antragstellers <input type="checkbox"/> Ehegatten	,

Einkommen/Vermögen der Bedarfsgemeinschaft	
vorhandenes Bargeld Vermögen/ Fortune (insb. Auto)	<input type="checkbox"/> keines <input type="checkbox"/> ja, was/wie viel?
derzeitige Berufstätigkeit/Arbeit	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, bei:
bestehende Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, bei:
Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente, Unterhalt, Kindergeld	<input type="checkbox"/> keines <input type="checkbox"/> ja, von:
Ansprüche gegen Dritte (andere Sozialleistungsträger, unterhaltspflichtige Angehörige, vertragliche Ansprüche)	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, gegen:

Bisherige Hilfgewährung	
Einreise nach Deutschland am	
bisherige(r) Wohnort(e)/Aufenthalt(e)	
erstmalig Sozialhilfe bezogen am	
von welcher Behörde	
ausgezahlte Geldleistungen bis	
gewährte Sachleistungen	<input type="checkbox"/> Sommerbekleidung für <input type="checkbox"/> Winterbekleidung für <input type="checkbox"/> Krankenbehandlungsschein für das Quartal <input type="checkbox"/> Zahnbehandlungsschein für das Quartal

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich keine für die Beurteilung der Hilfebedürftigkeit wichtigen Angaben verschwiegen habe. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, Krankenhausaufenthalte usw. (auch von Haushaltsangehörigen) unverzüglich und unaufgefordert dem LRA Dachau mitzuteilen habe.

Hiermit bestätige ich, dass ich keine Arbeit habe; gleiches gilt für meine Haushaltsangehörigen. Ich weiß, dass ich ein zukünftiges Arbeitsverhältnis (auch auf 400,- EUR-Basis) sofort dem Landratsamt melden muss. Die Annahme jeder Arbeit (auch einer Gelegenheitsarbeit oder einer geringfügigen Beschäftigung usw.) werde ich vor Aufnahme der Arbeit sofort anzeigen.

Ich weiß, dass das Landratsamt Dachau nach §§ 104 ff. SGB X das Recht hat, als Ersatz für gewährte Sozialleistungen (z.B. Renten-, Arbeitslosengeld/-hilfenachzahlungen) bei vorrangig verpflichteten Leistungsträgern (Rententräger, Arbeitsamt, Wohngeld u. ä.) Erstattung geltend zu machen. Ich bin damit einverstanden, dass das Landratsamt erforderlichenfalls meine Ansprüche gegen Krankenkassen und Versicherungsanstalten sowie unterhaltspflichtige Angehörige und Drittverpflichtete auf sich überleitet. Ich bin damit einverstanden, dass das Landratsamt Dachau die zum Zwecke der Beitragsfestsetzung erforderlichen Daten an die Krankenkasse übermittelt.

Dachau, den

Unterschrift
des Aufnehmenden

Unterschrift
des Antragstellers

Unterschrift
des Ehegatten