



## Antrag auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Den Antrag bitte sorgfältig auszufüllen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.  
Please fill out the application carefully. With your signature you confirm the accuracy of the information.

| I. Persönliche Verhältnisse   |  | Antragsteller(in)<br><i>Applicant</i>                                       | Ehegatte /Lebenspartner<br><i>Husband/Wife/Partner</i> |
|---|--|---|--|
| Name (Geburtsname) <i>name</i>  |  |   |  |
| Vorname <i>first name</i>   |  |   |  |
| Geb.Datum <i>Date of birth</i>  |  |   |  |
| Nationalität <i>nationality</i>   |  |   |  |
| Adresse <i>adress</i>   |  |   |  |
| TelNr. <i>phone number</i>  |  |   |  |
| Ausweispapiere <i>identity papers</i>   |  |   |  |
| Krankenversicherung<br><i>health insurance</i>  |  |   |  |
| II. Personen, mit denen der Antragsteller in einer Haushaltsgemeinschaft lebt <i>persons living in the household</i>            |  |   |  |
| Name (Geburtsname) <i>name</i>  |  |   |  |
| Vorname <i>first name</i>   |  |   |  |
| Geburtsdatum <i>date of birth</i>   |  |   |  |
| Nationalität <i>nationality</i>   |  |   |  |
| Verwandtschaft <i>relationship</i>  |  |   |  |
| III. Unterhaltspflichtige Angehörige (Eltern/Kinder) außerhalb des Haushaltes <i>parents/children outside the household</i>     |  |   |  |
| Name (Geburtsname),<br>Vorname <i>name, first name</i>  |  |   |  |
| Geburtsdatum <i>date of birth</i>   |  |   |  |
| Nationalität <i>nationality</i>   |  |   |  |
| Adresse <i>adress</i>   |  |   |  |
| Verwandtschaft <i>relationship</i>  |  |   |  |
| IV. Wohnverhältnisse <i>living conditions</i>   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Staatliche Gemeinschaftsunterkunft<br><i>To be completed by sozialamt</i>                              | <input type="checkbox"/> dezentrale Unterbringung<br><i>To be completed by sozialamt</i>   | <input type="checkbox"/> eigene Wohnung _____ qm<br><i>rented apartment</i> |  |
| <input type="checkbox"/> wohnhaft bei Verwandten/Bekannteten<br>kostenfrei<br><i>living with relatives/friends at no charge</i> | <input type="checkbox"/> wohnhaft bei Verwandten/Bekannteten, es fallen folgende Kosten an:<br><i>living with relatives/friends cost</i> | Kaltmiete:  | EUR  |
|   |  | Nebenkostenvorauszahlung:   | EUR  |
|   |  | Heizkostenvorauszahlung:  | EUR  |
|   | EUR  | Gesamtmiete:<br><i>total rent</i>   | EUR  |



| <b>V. Einkommen</b> <i>Income</i>   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| <b>Art des Einkommens</b><br><i>Type of income</i>  | Antragsteller(in)<br><i>applicant</i>                           | Ehegatte/Partner(in)<br><i>husband/wife/partner</i>             | HHAngehöriger<br>_____  | HHAngehöriger<br>_____  | HHAngehöriger<br>_____  |
| <b>Ich habe keine Einkünfte</b><br><i>I have no income</i>                                | <input type="checkbox"/> ggf. ankreuzen<br><i>sign if right</i> |
| <b>Arbeitslohn</b> <i>wage</i>  | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   |
| <b>Arbeitslosengeld</b><br><i>unemployment benefits</i>                                   | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   |
| <b>Kindergeld</b> <i>child benefit</i>  | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   |
| <b>sonstiges</b> <i>other</i>   | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   |
| <b>Ausgaben</b> <i>expenditure</i>  | Antragsteller(in)<br><i>applicant</i>                           | Ehegatte/Partner(in)<br><i>husband/wife/partner</i>             | HHAngehöriger<br>_____  | HHAngehöriger<br>_____  | HHAngehöriger<br>_____  |
| Fahrtkosten zur Arbeit mit Bus/Auto/Bahn<br><i>Travel costs to work for bus/car/train</i> | einfache Entfernung: _____ km<br><i>simple distance</i><br>EUR  | einfache Entfernung : _____ km<br><i>simple distance</i><br>EUR | einfache Entfernung: _____ km<br><i>simple distance</i><br>EUR  | einfache Entfernung: _____ km<br><i>simple distance</i><br>EUR  | einfache Entfernung: _____ km<br><i>simple distance</i><br>EUR  |
| sonstiges <i>other</i>  | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   |

| <b>VI. Vermögen</b> <i>wealth</i>                        |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| <b>Art des Vermögens</b><br><i>Type of wealth</i>        | Antragsteller(in)<br><i>applicant</i>                           | Ehegatte/Partner(in)<br><i>husband/wife/partner</i>             | HHAngehöriger<br>_____  | HHAngehöriger<br>_____  | HHAngehöriger<br>_____  |
| <b>Ich habe kein Vermögen</b><br><i>I have no wealth</i> | <input type="checkbox"/> ggf. ankreuzen<br><i>sign if right</i> |
| <b>Bargeld</b> <i>cash</i>                               | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   |
| <b>Bankguthaben</b> <i>cash at banks</i>                 | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   |
| <b>Kraftfahrzeug</b> <i>car</i>                          | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   |
| sonstiges <i>other</i>                                   | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   | EUR   |

| <b>VII. Die zu gewährenden Geldleistungen sollen überwiesen werden an:</b> <i>If possible, please pay benefits to:</i> |  |                        |  |
|--|--|------------------------|--|
| Kontoinhaber   |  | Name und Sitz der Bank |  |
| Bankleitzahl (BIC)   |  | Kontonummer (IBAN)     |  |

**Meine Angaben entsprechen der Wahrheit, ich habe weder Einkünfte noch Vermögen von mir und meinen Haushaltsangehörigen verschwiegen. Ich weiß, dass ich mich des Betrugs schuldig mache, wenn ich nicht die Wahrheit sage oder Wichtiges, auch Änderungen, verschweige. Ich bin damit einverstanden, dass alle in Frage kommenden Stellen (Arbeitgeber, Banken, Finanzamt usw) dem Landratsamt Erlangen-Höchstadt Auskünfte über meine Steuer-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse geben. Dies gilt auch für meine Angehörigen. Ich weiß, dass ich zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss.**

*My statements are true, I have not withheld any income or wealth from me and my household members. I know that I make myself guilty of fraud if I did not tell the truth or important, also changes conceal. I agree that all eligible sites (employers, banks, tax office, etc) give the district office of Erlangen-Hochstadt information about my taxes, income and assets. This is also true for my family. I know that I must repay benefits to which they obtained.*

|                                     |   |   |  |
|-------------------------------------|---|---|--|
| Ort, Datum<br><i>Place and date</i> | Unterschrift Antragsteller(in)<br><i>signatur applicant</i> | Unterschrift Ehegatte / Partner(in)<br><i>signatur husband/wife/partner</i> | Unterschrift Aufnehmende(r)<br><i>signatur Sozialamt</i> |
|-------------------------------------|---|---|--|