

### I. Antragsteller

|   |   |  |
|---|---|--|
| Name, ggf. Geburtsname, Vorname   |   |  |
| Geburtsdatum  | Geburtsort/Kreis/Land   | <input type="checkbox"/> m<br><input type="checkbox"/> w |
| Staatsangehörigkeit   |   |  |
| Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)  |   |  |
| Familienstand<br><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eheähnliche/partnerschaftliche Lebensgemeinschaft |   |  |
| Zeitpunkt der Einreise in die BRD   | Einreise mit Visum?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |  |
| Wann wurde der Asylantrag gestellt? Zeitpunkt/Behörde   | Wurde in einem anderen Staat ein Asylantrag gestellt?<br><input type="checkbox"/> ja, in folgendem Staat: <input type="checkbox"/> nein       |  |
| Wurden bereits in einem anderen Staat Leistungen bezogen?<br><input type="checkbox"/> ja, in folgendem Staat: <input type="checkbox"/> nein   | Haben Sie Ihren Pass bei Ihrer Meldung als Asylsuchender abgegeben?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Begründung: |  |
| Gründe für die Einreise nach Deutschland:   |   |  |

### II. Antragsteller: Ehegatte / Lebensgefährte / Lebenspartner

|   |   |  |
|---|---|--|
| Name, ggf. Geburtsname, Vorname   |   |  |
| Geburtsdatum  | Geburtsort/Kreis/Land   | <input type="checkbox"/> m<br><input type="checkbox"/> w |
| Staatsangehörigkeit   |   |  |
| Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)  |   |  |
| Familienstand<br><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eheähnliche/partnerschaftliche Lebensgemeinschaft |   |  |
| Zeitpunkt der Einreise in die BRD   | Einreise mit Visum?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |  |
| Wann wurde der Asylantrag gestellt? Zeitpunkt/Behörde   | Wurde in einem anderen Staat ein Asylantrag gestellt?<br><input type="checkbox"/> ja, in folgendem Staat: <input type="checkbox"/> nein       |  |
| Wurden bereits in einem anderen Staat Leistungen bezogen?<br><input type="checkbox"/> ja, in folgendem Staat: <input type="checkbox"/> nein   | Haben Sie Ihren Pass bei Ihrer Meldung als Asylsuchender abgegeben?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Begründung: |  |
| Gründe für die Einreise nach Deutschland:   |   |  |



### III. Antragsteller: Kinder (im Familienverbund)

| Nr. | Name, Vorname |  | Geburtsdatum | Geburtsort / Staatsangehörigkeit | Kind zu                  |                          |
|-----|---------------|--|--------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|     |               |  |              |                                  | I                        | II                       |
| 1   |               | <input type="checkbox"/> m<br><input type="checkbox"/> w |              |                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2   |               | <input type="checkbox"/> m<br><input type="checkbox"/> w |              |                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3   |               | <input type="checkbox"/> m<br><input type="checkbox"/> w |              |                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4   |               | <input type="checkbox"/> m<br><input type="checkbox"/> w |              |                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### IV. Einkommens- und Vermögensverhältnisse aller Antragsteller

#### NICHT NOTWENDIG BEI ERSTANTRAGSTELLERN AUS DER UKRAINE

(ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

|  | Antragsteller   | Ehegatte/Lebensgefährte   |
|--|---|---|
| Wurden bereits in einem anderen Bundesland innerhalb der BRD Leistungen nach AsylbLG beantragt?  | <input type="checkbox"/> ja, in folgendem Bundesland:<br>_____                | <input type="checkbox"/> ja, in folgendem Bundesland:<br>_____                |
|  | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> nein   |
| Arbeitseinkommen   | <input type="checkbox"/> kein Einkommen<br><input type="checkbox"/> Einkommen | <input type="checkbox"/> kein Einkommen<br><input type="checkbox"/> Einkommen |
| Beginn/Ende:   |   |   |
| Ist ein Spar-, Bank oder Postsparguthaben vorhanden?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                     |
| Bankinstitut:  |   |   |
| Kontonummer:   |   |   |
| Betrag:  |   |   |
| Bargeld in Höhe von:   |   |   |
| Gibt es sonstige Vermögenswerte im In- und Ausland (z.B. Kraftfahrzeug, Wertpapiere, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte (z.B. Erbsprüche, Schadensersatzansprüche), Haus-/Wohnungseigentum, Grundbesitz usw.)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                     |
|  | Art des Vermögenswertes:  | Art des Vermögenswertes:  |

Wurden Vermögenswerte (z.B. Barvermögen, Wertpapiere usw.) in den letzten 10 Jahren veräußert, übergeben oder verschenkt?

nein

ja

\_\_\_\_\_ Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfäng

**V. Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Kinder (im Familienverbund) s. Nr.III**  
**NICHT NOTWENDIG BEI ERSTANTRAGSTELLERN AUS DER UKRAINE**

|   | zu Nr. 1  | zu Nr. 2  | zu Nr. 3  | zu Nr. 4  |
|---|---|---|---|---|
| Arbeitseinkommen  | <input type="checkbox"/> kein Einkommen<br><input type="checkbox"/> Einkommen | <input type="checkbox"/> kein Einkommen<br><input type="checkbox"/> Einkommen | <input type="checkbox"/> kein Einkommen<br><input type="checkbox"/> Einkommen | <input type="checkbox"/> kein Einkommen<br><input type="checkbox"/> Einkommen |
| Höhe des Einkommens:  |   |   |   |   |
| Ist ein Spar-, Bank oder Postsparguthaben 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                     |
| Bankinstitut:   |   |   |   |   |
| Kontonummer:  |   |   |   |   |
|   | zu Nr. 1  | zu Nr. 2  | zu Nr. 3  | zu Nr. 4  |
| Betrag:   |   |   |   |   |
| Bargeld in Höhe von:  |   |   |   |   |
| Gibt es sonstige Vermögenswerte im In- und Ausland (z.B. Kraftfahrzeug, Wertpapiere, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte (z.B. Erbsprüche, Schadensersatzansprüche), Haus/Wohnungseigentum, Grundbesitz usw.)? | <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                     |
|   | Art des Vermögenswertes:  | Art des Vermögenswertes:  | Art des Vermögenswertes:  | Art des Vermögenswertes:  |

**VI. Weitere Angehörige in Deutschland (Kinder, Eltern)**

| Name, ggf. Geburtsname, Vorname | Geburtsdatum | Fam. stand | Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/ Ehegatte | Ausgeübte Tätigkeit | Anschrift |
|---------------------------------|--------------|------------|---|---------------------|-----------|
|                                 |              |            |   |                     |           |
|                                 |              |            |   |                     |           |
|                                 |              |            |   |                     |           |

Bitte belegen Sie Ihre Angaben mit entsprechenden Nachweisen (Kopie Gestattung, Duldung, Aufenthaltserlaubnis, Kontoauszüge, Nettolohnnachweise usw.). Bitte fügen Sie keine Originalnachweise oder Originalunterlagen bei.

**Einwilligung zur Weitergabe von Behandlungsausweisen für die ärztliche/zahnärztliche**

## Behandlung

Ich bin damit einverstanden, dass das Landratsamt Rems-Murr-Kreis als untere Aufnahmebehörde Behandlungsausweise für die ärztliche/zahnärztliche Behandlung im Rahmen der Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) bei Bedarf direkt an die Leistungserbringer der Krankenhilfe (z.B. Arzt, Zahnarzt, Klinikum, Notfallpraxis) übermittelt.

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

ja, ich bin einverstanden

nein, ich bin nicht einverstanden

## Erklärung

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag sowie in eventuellen Zusatzblättern vollständig und wahr sind und dass ich insbesondere alle Einkünfte und Vermögen, auch der in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen vollständig angegeben habe.

Ich wurde über meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung unterrichtet.

Mir ist bekannt, dass die Verpflichtung besteht, das hilfegewährende Amt über Änderungen in meinen/unseren Familien- und Vermögensverhältnissen sowie über vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte usw. unverzüglich zu unterrichten. Unwahre oder unvollständige Angaben bezüglich des Vermögens können strafrechtlich verfolgt (§ 262 Strafgesetzbuch – Betrug -) und überzahlte Beträge zurückgefordert werden.

Die Angaben in diesem Vordruck werden aufgrund § 9 Abs. 3 AsylbLG in Verbindung mit §§ 60 – 67 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) erhoben. Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt.

Bei fehlender Mitwirkung des/der Betroffenen kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

|            |  |  |
|------------|--|--|
| Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller I. /gesetzl. Vertreter zu III | Unterschrift Antragsteller II. (Ehegatte/Lebensgefährte/Lebenspartner) |
|------------|--|--|

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde in diesem Vordruck auf die Nennung der weiblichen Form verzichtet.