

Antrag auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Ich beantrage/ Wir beantragen

Grundleistungen nach § 3 AsylbLG

Leistungen nach § 4 AsylbLG

Leistungen nach § 2 AsylbLG

Aktenzeichen

| Persönliche Verhältnisse | Antragstellerin/Antragsteller | Person 2 <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kind |
|---|-------------------------------|--|
| Name | | |
| Vorname | | |
| Geschlecht | | |
| Geburtsdatum | | |
| Geburtsort | | |
| Familienstand | | |
| Beruf | | |
| Staatsangehörigkeit | | |
| Religion | | |
| Einreise / Aufenthalt in Deutschland seit | Datum | Datum |
| Anschrift | Straße, Hausnummer | |
| | Postleitzahl, Ort | |
| Telefon (freiwillige Angabe) | | |

| | | |
|----------------|-----------------------------|--------------|
| Bankverbindung | IBAN | BIC |
| | Kontoinhaber/Kontoinhaberin | Geldinstitut |

Angaben über den Aufenthaltsstatus - bitte Nachweise (z. B. Ausweiskopie) beifügen!

| | | |
|-------------------|--|--|
| Aufenthaltsstatus | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung |
| | <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis | <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis |
| | <input type="checkbox"/> Duldung | <input type="checkbox"/> Duldung |
| | <input type="checkbox"/> sonstiger Status | <input type="checkbox"/> sonstiger Status |

Kranken-/Pflegeversicherung, sonstige Versicherungen, weitere Anträge

| | Antragstellerin/Antragsteller | Person 2 |
|--|---|---|
| Sind Sie Mitglied einer Krankenversicherung (KV) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| | <input type="checkbox"/> ja, Pflichtmitglied gesetzliche KV | <input type="checkbox"/> ja, Pflichtmitglied gesetzliche KV |
| | <input type="checkbox"/> ja, freiwilliges Mitglied gesetzliche KV | <input type="checkbox"/> ja, freiwilliges Mitglied gesetzliche KV |
| | <input type="checkbox"/> ja, Mitglied durch Familienversicherung | <input type="checkbox"/> ja, Mitglied durch Familienversicherung |
| | <input type="checkbox"/> ja, Mitglied einer privaten KV | <input type="checkbox"/> ja, Mitglied einer privaten KV |
| | Name und Anschrift der Versicherung | Name und Anschrift der Versicherung |
| | mtl. Betrag € | mtl. Betrag € |
| | Krankenversichertennummer | Krankenversichertennummer |
| Haben Sie Versicherungen (z. B. Haftpflicht) | <input type="checkbox"/> ja, bei | <input type="checkbox"/> ja, bei |
| Haben Sie bei anderen Behörden Anträge auf Sozialleistungen gestellt (AsylbLG, SGB II etc.)? | <input type="checkbox"/> ja, bei <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei <input type="checkbox"/> nein |

FÜR ALLE ANGABEN SIND BELEGE/NACHWEISE BEIZUFÜGEN!

Außer den einseitig genannten Personen leben noch in der Haushaltsgemeinschaft

| | Person 3 | Person 4 | Person 5 | Person 6 |
|--------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Name | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geschlecht | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Geburtsort | | | | |
| Beruf/Arbeitgeber | | | | |
| Familienstand | | | | |
| Staatsangehörigkeit | | | | |
| Verwandtschafts- verhältnis | | | | |

| | Person 7 | Person 8 | Person 9 | Person 10 |
|--------------------------------|----------|----------|----------|-----------|
| Name | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geschlecht | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Geburtsort | | | | |
| Beruf/Arbeitgeber | | | | |
| Familienstand | | | | |
| Staatsangehörigkeit | | | | |
| Verwandtschafts- verhältnis | | | | |

Kosten der Unterkunft

Bitte legen Sie bitte den **Mietvertrag** und die **Abrechnung der Stromkosten** oder den **Bescheid über die Nutzungsentschädigung** vor.

| | |
|----------------|---|
| Miete | € |
| Betriebskosten | € |
| Heizung | € |
| Strom | € |

Angaben über Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse und Ihrer Angehörigen

| Haben Sie Einkommen? | Antragstellerin/Antragsteller | Person 2 |
|--|---|---|
| Tätigkeit (z. B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, geringfügige Beschäftigung) | <input type="checkbox"/> ja, € <input type="checkbox"/> nein Bitte Verdienstabrechnung beifügen! | <input type="checkbox"/> ja, € <input type="checkbox"/> nein Bitte Verdienstabrechnung beifügen! |
| Arbeitgeber, Anschrift | | |
| Haben Sie sonstige Einnahmen (Kindergeld, BAB, Wohngeld etc.)? | <input type="checkbox"/> ja, welche: in Höhe € <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche: in Höhe € <input type="checkbox"/> nein |

| Haben Sie Vermögen? | Antragstellerin/Antragsteller | Person 2 |
|---|---|---|
| Bankguthaben/Sparbuch/Sparverträge/ Girokonto | <input type="checkbox"/> ja, bei <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei <input type="checkbox"/> nein |
| Fahrzeuge (z. B. Pkw, Motorrad, Wohnwagen), Kennzeichen | <input type="checkbox"/> ja, Fahrzeugart <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Fahrzeugart <input type="checkbox"/> nein |

FÜR ALLE ANGABEN SIND BELEGE/NACHWEISE BEIZUFÜGEN!

Erklärung und Informationen zum Antrag auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

| | |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Aktenzeichen |
| Anschrift | Geburtsdatum |

Ich bestätige, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind. Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass ich alle Änderungen und Angaben – besonders der Einkommens- und Vermögensverhältnisse – gem. §§ 60 – 67 SGB I – dem Landkreis Verden, Fachdienst Soziales, mitzuteilen habe.

Hinweis: Wenn Sie eine unselbständige oder selbständige Erwerbstätigkeit aufnehmen, haben Sie nach § 8a AsylbLG dies spätestens am dritten Tag nach Aufnahme der Erwerbstätigkeit hier mitzuteilen

Ich bin verpflichtet, meine Haushaltsangehörigen, auch meine minderjährigen Kinder, spätestens ab Vollendung des 14. Lebensjahres, von der Leistung zu unterrichten und auf ihre Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten hinzuweisen. Hiermit beantrage ich dem Grunde nach für meine mit mir in einem Haushalt lebenden anspruchsberechtigten Kinder Leistungen zur Bildung und Teilhabe nach § 34 SGB XII (Lernförderung nach Abs. 5 ist gesondert zu beantragen). Ich bin damit einverstanden, dass diese Leistung über die elektronische Bildungskarte abgewickelt wird. Informationen hierzu erhalte ich mit dem Bewilligungsbescheid. Sollte ich hiermit nicht einverstanden sein, besteht weiterhin die Möglichkeit, die Leistung manuell abzuwickeln.

Die Angabe der in diesem Vordruck erbetenen personenbezogenen Daten ist freiwillig. Meine Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 9 AsylbLG i. v. m. §§ 60 ff des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB I). Sofern ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nachkomme, kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt werden.

Ich weiß, dass ich wegen Betruges bestraft werden kann, wenn ich wissentlich falsche Angaben mache oder Tatsachen dem Fachdienst Soziales nicht melde, die für den Bezug von Leistungen nach dem AsylbLG wichtig sein können (insbesondere Veränderungen des Einkommens und der Familienverhältnisse oder in der Haushaltsgemeinschaft). Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Fachdienst Soziales bei einem Betrug oder Betrugsversuch umgehend Strafanzeige erstatten wird. **Ich weiß**, dass ich zu Unrecht gezahlte Leistungen nach dem AsylbLG erstatten muss.

Die anliegenden Hinweise zur Verarbeitung meiner Daten, Abgleich mit anderen Behörden und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Vorlage von Kontoauszügen: Sie haben die Möglichkeit, auf der Ausgabenseite der Kontoauszüge die Empfänger von Zahlungen unkenntlich zu machen, sofern sich aus diesen Angaben Informationen über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeiten sowie zu genetischen, biometrischen oder Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung ergeben. Die Zahlungsbeträge müssen dabei aber in jedem Fall erkennbar bleiben.

Einverständniserklärung:

Ich bevollmächtige den Landkreis Verden, Fachdienst Soziales, Auskünfte über alle Angelegenheiten einzuholen und zu erteilen, die zur Entscheidung über diesen Antrag und zur Prüfung weiterer Ansprüche wichtig sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die ggf. an Dritte zu leistenden Zahlungen auch weiterhin im Rahmen der Hilfeleistung überwiesen werden (§ 67 SGB X).

- Ich bevollmächtige zur Entgegennahme von Bescheiden meine/meinen Ehegattin/Ehegatten, Lebenspartner/in, Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Herrn/Frau _____.
- Ich habe ergänzende Erklärungen auf gesondertem Blatt beigefügt.
- Ich wünsche ein persönliches Beratungsgespräch.

Ich bin mit der Nutzung der von mir angegebenen Kontaktdaten (Telefon, E-Mail) einverstanden (ggf. streichen). Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Hinweis: Ihr Anliegen kann nur bearbeitet werden, wenn Sie den Vordruck vollständig ausfüllen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers oder seiner/seines gesetzlichen Vertreterin/Vertreters oder des Betreuers/der Betreuerin/Bevollmächtigten

Unterschrift des/der Lebens- oder Ehepartner/-partnerin bei Minderjährigen der/des 2. gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

Achtung digitalisierte Akte! Unterlagen werden acht Wochen nach Erhalt vernichtet, sofern keine Rücksendung erbeten wurde.

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten, Abgleich mit anderen Behörden und zum Datenschutz

Verarbeitung der Daten

Die Verarbeitung der Daten ist nach dem Niedersächsischen Datenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch – erlaubt. Die Datenerhebung und weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 ff des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X) i. V. mit den Bestimmungen Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

Datenabgleich

Im Rahmen des § 118 SGB XII können die Träger der Sozialhilfe Daten von Leistungsempfänger/-innen im Rahmen von automatisierten Datenabgleichen mit den Daten anderer Sozialleistungsträger, anderer Sozialhilfeträgern und dem Bundeszentralamt für Steuern abgleichen, um zu überprüfen, ob vorrangige Leistungsansprüche gewährt, Einnahmen nicht angegeben, bzw. Doppelleistungen bezogen werden. Sinn und Zweck des Datenabgleiches ist es, die missbräuchliche Inanspruchnahme von Sozialhilfe zu verhindern.

Datenübermittlung

Ihre personenbezogenen Daten können zum Zweck der gesetzlichen Aufgabenerledigung des AsylbLG an Dritte (u. A. an andere Sozialleistungsträger, Arbeitgeber, Finanzämter, Strafverfolgungsbehörden und Behörden der Gefahrenabwehr, Energieversorger und Vermieter (wenn an diese direkt gezahlt wird oder mit Einwilligung des Betroffenen) übermittelt werden. Nur mit Einwilligung/Einverständnis des Betroffenen erfolgt eine Übermittlung von Daten an die Schuldner- und Suchtberatung und an Stellen zur psychosozialen Betreuung.

Kontenabrufverfahren

Der Landkreis Verden kann ein Kontenabrufverfahren durchführen. Die Kontoabfrage gibt Auskunft darüber, bei welchen Kreditinstituten die abgefragte Person Konten oder Depots unterhält. Vor einem Kontenabruf wird der Betroffene um Aufklärung des leistungserheblichen Sachverhalts gebeten. Der Abruf bei den Kreditinstituten erfolgt erst, wenn ein Auskunftersuchen gegenüber dem Betroffenen nicht zum Ziele geführt hat oder keinen Erfolg verspricht.

Speicherdauer

Für Daten zur Inanspruchnahme von Geld- und Sachleistungen nach dem AsylbLG besteht eine Speicherfrist von 10 Jahren nach Beendigung des Falles.

Ist eine Forderung (Rückforderung/Erstattungsbescheid/Darlehen) noch offen, werden die Daten gemäß den Vorschriften der Zivilprozessordnung und des Bürgerlichen Gesetzbuches aufgrund der Verjährungsbestimmungen 30 Jahre lang aufbewahrt.

Ansprechpartner/Ihre Rechte

Den Landkreis Verden als verantwortliche datenverarbeitende Stelle können Sie per E-Mail unter **kreishaus@landkreis-verden.de** oder auf dem Postweg unter **Landkreis Verden - Der Landrat -, Lindhooper Straße 67, 27283 Verden (Aller)**, kontaktieren.

Sie können außerdem den Datenschutzbeauftragten des Landkreises Verden per E-Mail unter **datenschutz@landkreis-verden.de** oder auf dem Postweg unter der oben genannten Adresse kontaktieren.

Sie können gegenüber dem Landkreis Verden folgende Rechte geltend machen:

- Recht auf Auskunft über Ihre hier verarbeiteten Daten
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Ihrer hier verarbeiteten Daten
- Recht auf Vervollständigung Ihrer hier verarbeiteten Daten
- Recht auf Löschung Ihrer hier verarbeiteten Daten
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten
- Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung Ihrer Daten
- Recht auf Datenübertragbarkeit, d. h. zur Herausgabe der über Sie verarbeiteten Daten in einem strukturierten Format

Ihr Beschwerderecht können Sie unter anderem bei der Niedersächsischen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz, der Landesbeauftragten für den Datenschutz in Niedersachsen wahrnehmen.