



**Leistungsrelevante Daten für die Gewährung von Leistungen  
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

Antragsausgabe am	Antragserfassung am	Eingangsstempel

**I. Personendaten**

	des Antragstellers / der Antragstellerin	des Partners / der Partnerin des Antragstellers / der Antragstellerin
	-1-	-2-
ID-Nr. (aus MigVis)		
Name		
Vorname(n)		
Geschlecht		
Geburtsdatum		
Geburtsort / Land / Kreis		
Staatsangehörigkeit		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Zimmer Nr.		
Telefon		
E-Mail-Adresse		
Bankverbindung	BIC: _____ IBAN: _____	BIC: _____ IBAN: _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet
seit und Heiratsort		
Schwerbehindert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Religion		
Aufenthaltsstatus (Gestattung, Duldung, Ankunfts-nachweis)		
Zeitraum des Aufenthaltsstatus	Von _____ Bis _____ gültig	Von _____ Bis _____ gültig
Gesundheitsuntersuchung/Röntgen erfolgt?		
BAMF-Termin		

## II. Weitere Personendaten (z.B. Kinder)

	Person 3	Person 4	Person 5	Person 6
ID-Nr. (aus MigVis)				
Name				
Vorname(n)				
Geschlecht				
Geburtsdatum				
Geburtsort / Land / Kreis				
Staatsangehörigkeit				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Zimmer Nr.				
Telefon				
E-Mail-Adresse				
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller				
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
seit und Heiratsort				
Schwerbehindert	<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 <input type="checkbox"/> ja
Religion				
Aufenthaltsstatus (Gestattung, Duldung, Ankunfts-nachweis)				
Zeitraum des Aufenthaltsstatus	Von Bis gültig	Von Bis gültig	Von Bis gültig	Von Bis gültig
Gesundheitsuntersuchung/Röntgen erfolgt?				
BAMF-Termin				
Bankverbindung	BIC: _____ IBAN: _____	BIC: _____ IBAN: _____	BIC: _____ IBAN: _____	BIC: _____ IBAN: _____

### III. Angaben zum Aufenthalt

	Wann wurde der Asylantrag gestellt?	Ist dies der erste Aufenthalt in Deutschland?	Angaben zum früheren Aufenthalt	Aufnahmedatum in der LEA
Antragsteller		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Person 2		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Person 3		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Person 4		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Person 5		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Person 6		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

### IV. Bisherige Aufenthaltsverhältnisse

von – bis	Adresse

### V. Familienangehörige, die keine Leistungen nach AsylbLG bekommen, aber im selben Haushalt leben

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Name				
Vorname(n)				
Geschlecht				
Geburtsdatum				
Geburtsort/Land/Kreis				
Staatsangehörigkeit				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Sonstige Angaben				
Verhältnis zum Antragsteller				
Arbeitet der Familienangehörige?	<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
In welchem/r Unternehmen/Einrichtung?				
Monatliches Bruttoeinkommen				
Bezieht der Familienangehörige Leistungen (z.B. Arbeitslosengeld I oder II, Sozialhilfe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche? _____

**VI. Leben unterhaltspflichtige Familienangehörige außerhalb des Haushaltes?**  
(z.B. Vater, Mutter, volljährige Kinder, geschiedene oder getrenntlebende Ehegatten)

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Name				
Vorname(n)				
Geschlecht				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Verwandtschaftsverhältnis				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Telefon				
Wird Unterhalt gezahlt?	<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
Ggf. Sterbedatum				
<b>Werden Sie in der Unterhaltsangelegenheit von einem/r Rechtsanwalt/in vertreten?</b>				
Name des Anwalts				
Anschrift des Anwalts				
Besteht eine Beistandschaft beim Jugendamt?	<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

## VII. Einkommen aller Familien- und Haushaltsmitglieder

Ist Einkommen vorhanden?  ja  nein

	Höhe des Bruttoeinkommens (€)	Arbeitgeber/Grund
Antragsteller		
Person 2		
Person .....		
Person .....		

## VIII. Vermögen aller Familien- und Haushaltsmitglieder

Anmerkung: Gemeint ist auch das Vermögen im Heimatland

**Ich/Wir und meine/unsere Angehörigen verfügen derzeit über:**

<b>1. Bargeld- und Sparguthaben</b>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(z.B. Bargeld, Sparguthaben, Festgeld, Girokonto, ...)		
Name, Vorname des Besitzers	Art des Guthabens	Betrag (€)
<b>2. Wertpapiere/Sparverträge</b>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(z.B. Bundesschatzbriefe, Sparkassenbriefe, Aktien, Fonds, Bausparvertrag, ...)		
Name, Vorname des Besitzers	Art des Guthabens	Betrag (€)
<b>3. Grundstücke und Wohnungseigentum</b>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(z.B. Eigentumswohnung, Ein- bzw. Zweifamilienhaus, Grundstücke, ...)		
Name, Vorname des Besitzers	Art des Guthabens	Betrag (€)
<b>4. Kraftfahrzeug</b>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(z.B. Auto, LKW, Motorrad, Moped, ...)		
Name, Vorname des Besitzers	Art des Guthabens	Betrag (€)
<b>5. Sonstiges Vermögen</b>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(Schmuck, Erbsprüche, Kunstgegenstände, wertvolle Möbel, Teppiche, ...)		
Name, Vorname des Besitzers	Art des Guthabens	Betrag (€)

## IX. Wohnverhältnisse

Angaben zur Unterkunft, in der Sie wohnen

- Gemeinschaftsunterkunft
- Anschlussunterbringung
- zur Miete
- Eigenheim
- Eigentumswohnung

Gesamtfläche der Wohnung/des Hauses: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Wohnflächenanteil der Haushaltsgemeinschaft: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Bezugsfertigkeit der Wohnung (Jahr): \_\_\_\_\_

Anzahl der Räume: \_\_\_\_\_

Die Wohnungsmiete beträgt (ohne Stromkosten) monatlich (bitte Mietbescheinigung vorlegen):

\_\_\_\_\_ EUR

Falls Sie ein Eigenheim / eine Eigentumswohnung besitzen, betragen

- die Kosten für Wasser, Abwasser, Grundsteuer, Wohngebäudeversicherung, usw. monatlich

\_\_\_\_\_ EUR

- die Fremdmittelbelastungen: Zinsaufwand monatlich

\_\_\_\_\_ EUR

Tilgungen monatlich

\_\_\_\_\_ EUR

### **Hinweis:**

Mit der Antragstellung willige ich in die Datenerhebung, -verarbeitung, -nutzung und –übermittlung der von mir in diesem Antrag gemachten Einzelangaben über meine persönlichen und sachlichen Verhältnisse (Sozialdaten) ein, soweit dies erforderlich ist und der Leistungsträger aufgrund europäischer, bundes- sowie landesrechtlicher Datenschutzbestimmungen dazu ermächtigt wurde. Die Mitwirkungspflichten der §§ 60 bis 67 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) bleiben davon unberührt. Ich stimme zu, dass Sie meine Daten an die Agentur für Arbeit, die Ausländerbehörde, das Jobcenter, das Sozialamt, das Jugendamt, die Flüchtlingssozialarbeit und weitere Ämter des Landratsamtes Tuttlingen weitergeben, soweit die vorbenannten Behörden diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben zwingend benötigen.

Ich versichere, dass die Angaben zutreffen. Änderungen, insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Aufnehmenden

**x**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers oder der/des Bevollmächtigten

**x**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Ehe- oder Lebenspartners

**x**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der weiteren volljährigen Familien- und Haushaltsmitglieder

**Hinweis: Dokumente für jedes Familienmitglied einzeln ausfüllen!**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_

### **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und Therapeuten, Kliniken sowie die Ärzte des Gesundheitsamtes und die Mitarbeiter der Ämter des Landratsamtes Tuttlingen von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erlaube dem Landratsamt Tuttlingen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einzuholen, auf Wunsch Einblick in die Krankendaten zu erhalten sowie Arzt- und Behandlungsberichte anzufordern/einzusehen. Dies ist erforderlich, um prüfen zu können, ob beabsichtigte oder durchgeführte Behandlungen dem Leistungsumfang der Krankenhilfe nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz entsprechen.

Tuttlingen,

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Sozialversicherung

Ich bin sozialversichert (z.B. Versicherung bei einer Krankenkasse durch ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis)

Ich bin nicht sozialversichert (**Bitte folgenden Antrag ausfüllen**)

## Angaben für die Krankenhilfe

<b>Name</b>		<b>Staatsangehörigkeit</b>	
<b>Vorname(n)</b>		<b>Straße, Hausnummer</b>	
<b>Geschlecht</b>		<b>PLZ, Wohnort</b>	
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
<b>Geburtsort</b>		<b>Falls wohnhaft in einer Gemeinschaftsunterkunft: Aufnahmedatum</b>	

## Ehegatte

<b>Name, Vorname(n)</b>		<b>Geburtsort</b>	
<b>Geschlecht</b>		<b>Staatsangehörigkeit</b>	
<b>Geburtsdatum</b>			

## Kinder

	Name	Vorname	w / m	Geburtsdatum	Geburtsort
Kind 1					
Kind 2					
Kind 3					
Kind 4					

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift