

Landratsamt Miltenberg  
- Sozialamt -  
Brückenstraße 2  
63897 Miltenberg

Sachbereich 232 - Sozialwesen  
Telefon: 09371 501-199  
Fax: 09371 50179-191  
E-Mail: sozialwesen@lra-mil.de

Termine sind nur nach Vereinbarung möglich

## Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

### Persönliche Angaben des Haushaltsvorstands

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers		
Vorname		Nachname
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland
Familienstand		Staatsangehörigkeit
E-Mail-Adresse	Telefonnummer	Mobilrufnummer
Berufsausbildung	Abschlussjahr Ausb.	Berufsjahre
weitere Berufsausbildung	Abschlussjahr Ausb.	Berufsjahre
Sprachkenntnisse		

### Angaben zu Ausweisdokumenten und Aufenthaltsstatus

#### Tag Ihrer Einreise

Bitte geben Sie das Einreisedatum nach Deutschland an	
---	--

#### Biometrischer Ausweis

Internationales biometrisches Ausweisdokument <input type="checkbox"/> Nein, ich besitze kein internationales biometrisches Ausweisdokument <input type="checkbox"/> Ja, ich bin im Besitz eines gültigen internationalen biometrischen Ausweisdokuments
--

#### Aufenthaltstitel

Status der Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Ich habe bisher keine Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Ich habe eine Aufenthaltserlaubnis nach § 24 AufenthG (vorübergehender Schutz) <input type="checkbox"/> Ich habe eine Aufenthaltserlaubnis auf Basis einer anderen Grundlage			
Ich bin im Besitz eines gültigen Aufenthaltstitels (bitte Rechtsgrundlage angeben)			
<table border="1"> <tr> <td>Dokumentnummer</td> <td>Ausstellungsdatum</td> <td>Gültigkeitsdatum</td> </tr> </table>	Dokumentnummer	Ausstellungsdatum	Gültigkeitsdatum
Dokumentnummer	Ausstellungsdatum	Gültigkeitsdatum	

## Angaben zu den Wohnverhältnissen

Wie sind Sie derzeit untergebracht?			
<input type="checkbox"/> Ich/Wir wohnen bei Bekannten / Verwandten			
<input type="checkbox"/> Ich/Wir wohnen in einer vom Staat / Landkreis zur Verfügung gestellten Gemeinschaftsunterkunft			
<input type="checkbox"/> Ich/Wir wohnen zur Miete			
<input type="checkbox"/> Ich/Wir bewohnen eigenen Wohnraum (Eigentum)			
<input type="checkbox"/> Ich/Wir bewohnen eine andere Unterkunft			
Falls „andere Unterkunft“, geben Sie bitte die Art der Unterkunft an			
Seit wann leben Sie bereits schon in dieser Unterkunft?			
Ansprechperson vor Ort (Verwandte, Bekannte, Vermieter, Wohnungsgeber) (freiwillige Angaben)			
Name der Person			
Telefonnr.		E-Mail-Adresse	

## Angaben zur Unterkunft

### Angaben zum Vermieter (private Wohnsitznahme)

<input type="checkbox"/> Eigentümer:in der Unterkunft ist eine juristische Person / Organisation			
Anrede	Vorname	Nachname	
Firmenname (Firmierung) / Organisationsname			
E-Mail	Telefonnummer	Mobilrufnummer	
Straße			Hausnummer
Postleitzahl	Ortsname		

Bitte öffnen und speichern Sie ggf. die Mietbescheinigung (PDF-Datei) um diese von Ihrem Vermieter ausfüllen zu lassen

### Anschrift Ihres Haushalts (falls von obiger Anschrift abweichend)

Adresszusatz	
Strasse	Hausnummer
PLZ	Ortsname

## Angaben zu weiteren Mitgliedern Ihres Haushaltes

Falls verheiratet oder verpartnert: Angaben der/des Ehepartner:in

Falls abweichend: Bitte Ihr Einreisedatum angeben		
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers		
Vorname		Nachname
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland
Familienstand		Staatsangehörigkeit
E-Mail-Adresse		Telefonnummer
		Mobilrufnummer
Berufsausbildung		Abschlussjahr Ausb.
		Berufsjahre
weitere Berufsausbildung		Abschlussjahr Ausb.
		Berufsjahre
Sprachkenntnisse		

### Weitere Familienangehörige (Kinder) im eigenen Haushalt

Name	Vorname	Geburtstag	Schulbesuch ab	Jahrgang

### Angaben zu den Eltern des Haushaltvorstands und Ehepartner:in

Angaben zu den Eltern des Haushaltvorstands				
Name	Vorname	Geburtstag	Aufenthalt Ort	Aufenthalt Land

Angaben zu den Eltern des/der Ehepartner:in				
Name	Vorname	Geburtstag	Aufenthalt Ort	Aufenthalt Land

### Angaben zu Kindern außerhalb des eigenen Haushalts

Name	Vorname	Geburtstag	Aufenthalt Ort	Aufenthalt Land

## Angaben zu Einkommen aus Arbeit und Ausbildung

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, wahrheitsgemäße Angaben über Ihre Vermögens- und Einkommensverhältnisse zu machen.

Jeder Person des Haushalts (der Familie) steht dabei ein Freibetrag von €200,00 zu. Dieser Freibetrag beinhaltet alle Einkommens- und Vermögenswerte, die gem. § 7 AsylbLG vorrangig gegenüber Sozialleistungen zu verwenden sind.

## Erklärung über das Einkommen aus Erwerbstätigkeit

Ich/Wir gebe(n) folgende Erklärung über mein/unser Einkommen aus Erwerbstätigkeit ab

- Ich/Wir erkläre(n) eidesstattlich, dass ich und/oder ein Mitglied meiner/unserer Familie Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit erzielen, das gem. § 7 AsylbLG vorrangig gegenüber Sozialleistungen zu verwenden ist und über den Freibetrag hinausgeht. Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns im Folgenden alle Einkommen wahrheitsgemäß anzugeben und keine Einkommen zu verschweigen
- Ich/Wir erkläre(n) eidesstattlich, dass weder ich noch ein Mitglied meiner/unserer Familie Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit erzielen, das gem. § 7 AsylbLG vorrangig gegenüber Sozialleistungen zu verwenden ist und über den Freibetrag hinausgeht

Füllen Sie die Angaben zur Erwerbstätigkeit für jede erwerbstätige Person in Ihrem Haushalt aus.

## Angaben zur Erwerbstätigkeit

Ausübende:r der Erwerbstätigkeit / Ausbildung

- Antragstellende Person       Ehepartner:in       Kind

Vorname

Nachname

Geburtstag

Besteht eine gültige Arbeitserlaubnis

- Nein, es besteht keine Arbeitserlaubnis für die angegebene Person
- Ja, es besteht eine Arbeitserlaubnis für die angegebene Person
- Ja, es besteht eine befristete Arbeitserlaubnis für die angegebene Person

Arbeitserlaubnis von

Arbeitserlaubnis bis

Geben Sie bitte die Art der Erwerbstätigkeit an (Mehrfachauswahl möglich)

- Es besteht ein Einkommen aus selbständiger Arbeit
- Es besteht ein Einkommen aus nichtselbständiger Beschäftigung
- Es besteht ein Ausbildungsverhältnis mit monatlicher Vergütung

Bitte füllen Sie die zutreffenden Abschnitte zur Tätigkeit/Ausbildung für jede Person im Haushalt aus

Ausübende:r der Erwerbstätigkeit / Ausbildung				
<input type="checkbox"/> Antragstellende Person		<input type="checkbox"/> Ehepartner:in		<input type="checkbox"/> Kind
Vorname		Nachname		Geburtstag

### Angaben zur selbständigen Tätigkeit

Firmenname (Firmierung) / Organisationsname				
Straße			Hausnummer	
Art der Tätigkeit				
Selbständige Tätigkeit seit			Selbständige Tätigkeit bis	
Mtl. Netto-Einkommen aus selbständiger Arbeit				

Bitte fügen Sie geeignete Unterlagen zum Nachweis Ihres Einkommens aus selbständiger Arbeit dem Antrag bei

### Angaben zur abhängigen Beschäftigung

Arbeitgeber (Firmierung) / Organisationsname				
Straße			Hausnummer	
Postleitzahl		Ortsname		
Art der Tätigkeit				
Beschäftigt seit		Beschäftigt bis		
Wochenstunden		Netto-Einkommen mtl.		

Bitte fügen Sie die letzten drei Lohn- / Gehaltsabrechnungen zum Nachweis Ihres Einkommens aus der abhängigen Beschäftigung dem Antrag bei

### Angaben zur Ausbildung

Firmenname (Firmierung) / Organisationsname				
Straße			Hausnummer	
Postleitzahl		Ortsname		
Ausbildungsberuf				
in Ausbildung seit		Ende der Ausbildung		
Wochenstunden		Ausbildungsvergütung (Nettobetrag)		

Bitte fügen Sie die letzten drei Ausbildungsvergütungsnachweise als Beleg Ihres Einkommens aus der Ausbildung dem Antrag bei

## Angaben zu weiteren Einkommen

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, wahrheitsgemäße Angaben über Ihre Vermögens- und Einkommensverhältnisse zu machen.

Jeder Person des Haushalts (der Familie) steht dabei ein Freibetrag von €200,00 zu. Dieser Freibetrag beinhaltet alle Einkommens- und Vermögenswerte, die gem. § 7 AsylbLG vorrangig gegenüber Sozialleistungen zu verwenden sind.

## Erklärung über Einkommen aus weiteren Quellen

Ich/Wir gebe(n) folgende Erklärung zu meinem/unseren weiteren Einkommen ab

- Ich/Wir erkläre(n) eidesstattlich, dass ich/wir und/oder ein Mitglied meiner/unserer Familie Einkommen aus weiteren Einkommensquellen (außer Erwerbstätigkeit) erzielen, das gem. § 7 AsylbLG vorrangig gegenüber Sozialleistungen zu verwenden ist und über den Freibetrag hinausgeht. Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns im Folgenden alle Einkommen aus weiteren Einkommensquellen wahrheitsgemäß anzugeben und keine Einkommen zu verschweigen
- Ich/Wir erkläre(n) eidesstattlich, dass weder ich/wir noch ein Mitglied meiner/unserer Familie Einkommen aus einer weiteren Einkommensquelle (außer Erwerbstätigkeit) erzielen, das gem. § 7 AsylbLG vorrangig gegenüber Sozialleistungen zu verwenden ist und über den Freibetrag hinausgeht

Füllen Sie bitte diese Angaben für jede Person mit weiteren Einkommen und jede bestehende Einkommensart aus

Bezieher:in des Einkommens		
<input type="checkbox"/> Antragstellende Person	<input type="checkbox"/> Ehepartner:in	<input type="checkbox"/> Kind
Vorname	Nachname	Geburtstag
Einkommensart		Einkommensbetrag
Eingangsturnus		
<input type="checkbox"/> einmalig	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> ¼-jährlich <input type="checkbox"/> 4-monatlich <input type="checkbox"/> ½-jährlich <input type="checkbox"/> jährlich

Füllen Sie bitte diese Angaben für jede Person mit weiteren Einkommen und jede bestehende Einkommensart aus

Bezieher:in des Einkommens		
<input type="checkbox"/> Antragstellende Person	<input type="checkbox"/> Ehepartner:in	<input type="checkbox"/> Kind
Vorname	Nachname	Geburtstag
Einkommensart		Einkommensbetrag
Eingangsturnus		
<input type="checkbox"/> einmalig	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> ¼-jährlich <input type="checkbox"/> 4-monatlich <input type="checkbox"/> ½-jährlich <input type="checkbox"/> jährlich

## Angaben zu Vermögenswerten

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, wahrheitsgemäße Angaben über Ihre Vermögens- und Einkommensverhältnisse zu machen.

Jeder Person des Haushalts (der Familie) steht dabei ein Freibetrag von €200,00 zu. Dieser Freibetrag beinhaltet alle Einkommens- und Vermögenswerte, die gem. § 7 AsylbLG vorrangig gegenüber Sozialleistungen zu verwenden sind.

## Erklärung über Vermögenswerte

Ich/Wir gebe(n) folgende Erklärung zu meinen/unseren Vermögenswerten ab	
<input type="checkbox"/> Ich/Wir erkläre(n) eidesstattlich, dass ich und/oder ein Mitglied meiner/unserer Familie Vermögenswerte besitzen, die gem. § 7 AsylbLG vorrangig gegenüber Sozialleistungen zu verwenden sind und über den Freibetrag hinausgehen. Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns im Folgenden alle Vermögenswerte wahrheitsgemäß anzugeben und keine Vermögenswerte zu verschweigen	
<input type="checkbox"/> Ich/Wir erkläre(n) eidesstattlich, dass weder ich/wir noch ein Mitglied meiner/unserer Familie Vermögenswerte besitzt, die gem. § 7 AsylbLG vorrangig gegenüber Sozialleistungen zu verwenden sind und über den Freibetrag hinausgehen	

Füllen Sie diese Angaben bitte für jede Person und Vermögenswert in Ihrem Haushalt aus.

### Angaben zum Vermögenswert

Eigentümer:in dieses Wertes		
<input type="checkbox"/> Antragstellende Person <input type="checkbox"/> Ehepartner:in <input type="checkbox"/> Kind		
Vorname	Nachname	Geburtsdag
Guthaben- oder Vermögensart		Wertbetrag
Kontoinhaber	Name der Bank	
BIC	IBAN	
Vertragsnummer		

### Angaben zum Vermögenswert

Eigentümer:in dieses Wertes		
<input type="checkbox"/> Antragstellende Person <input type="checkbox"/> Ehepartner:in <input type="checkbox"/> Kind		
Vorname	Nachname	Geburtsdag
Guthaben- oder Vermögensart		Wertbetrag
Kontoinhaber	Name der Bank	
BIC	IBAN	
Vertragsnummer		

## Angaben zu bestehenden Ansprüchen gegen Dritte

Jeder Person des Haushalts (der Familie) steht ein Freibetrag von €200,00 zu. Dieser Freibetrag beinhaltet alle Einkommens- und Vermögenswerte und Zahlungsansprüche, die gem. § 7 AsylbLG vorrangig gegenüber Sozialleistungen zu verwenden sind.

## Erklärung zu Ansprüchen gegen Dritte

Ich/Wir gebe(n) folgende Erklärung zu Ansprüchen gegenüber Dritten ab
<input type="checkbox"/> Ich/Wir erkläre(n) eidesstattlich, dass ich und/oder ein Mitglied meines/unseres Haushalts noch nicht erhobene Ansprüche gegen Dritte habe(n), die gem. § 7 AsylbLG vorrangig gegenüber Sozialleistungen zu verwenden sind und über den Freibetrag hinausgehen. Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns im Folgenden alle noch nicht erhobenen Ansprüche gegen Dritte wahrheitsgemäß anzugeben und keine noch nicht erhobenen Ansprüche gegen Dritte zu verschweigen
<input type="checkbox"/> Ich/Wir erkläre(n) eidesstattlich, dass weder ich/wir noch ein Mitglied meines/unseres Haushalts noch nicht erhobene Ansprüche gegen Dritte hat, die gem. § 7 AsylbLG vorrangig gegenüber Sozialleistungen zu verwenden sind und über den Freibetrag hinausgehen

Füllen Sie bitte diese Angaben für jede Person und Anspruch gegen Dritte aus

## Angaben zu anspruchsberechtigter Person

Anspruchsberechtigte Person		
<input type="checkbox"/> Antragstellende Person	<input type="checkbox"/> Ehepartner:in	<input type="checkbox"/> Kind
Vorname	Nachname	Geburtstag
Anspruchsart		
<input type="checkbox"/> Verpflichtungserklärung nach § 68 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) <input type="checkbox"/> Ansprüche aus dem Unterhaltsrecht <input type="checkbox"/> Leistungen aus der Berufsausbildungsbeihilfe BAB <input type="checkbox"/> Bafög-Leistungen <input type="checkbox"/> Sonstige Ansprüche an Dritte _____		
Leistungsturnus		
<input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼-jährlich <input type="checkbox"/> 4-monatlich <input type="checkbox"/> ½-jährlich <input type="checkbox"/> jährlich		
Anspruchsbetrag		

## Angaben zum Leistungsverpflichteten

<input type="checkbox"/> Leistungsverpflichtete:r ist eine juristische Person / Organisation					
Anrede		Vorname		Nachname	
Firmenname (Firmierung) / Organisationsname					
E-Mail		Telefon		Mobil	
Straße				Hausnummer	
PLZ		Ortsname			
Land					

## Angaben zum Krankenversicherungsschutz

Diese Angaben müssen für jedes Mitglied des Haushalts ausgefüllt werden.

Krankenversicherungsangaben für ein Haushaltsmitglied		
<input type="checkbox"/> Antragstellende Person <input type="checkbox"/> Ehepartner:in <input type="checkbox"/> Kind		
Vorname	Nachname	Geburtstag
Krankenversicherungsschutz für diese Person		
<input type="checkbox"/> Mitversichert bei antragstellender Person <input type="checkbox"/> Mitversichert bei Ehepartner:in <input type="checkbox"/> versichert durch Erwerbstätigkeit/Ausbildung <input type="checkbox"/> privat oder freiwillig versichert <input type="checkbox"/> Für diese Person besteht kein Krankenversicherungsschutz		
Vorname Versicherte:r	Nachname Versicherte:r	Geburtstag
Krankenversicherung		
Kassenart		
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> Private Krankenkasse		
Strasse (Sitz der Versicherungsgesellschaft)		HsNr
PLZ	Ort (Sitz der Versicherungsgesellschaft)	
Land (Sitz der Versicherungsgesellschaft)		
Versichertennummer		Versichert seit
Gültigkeit des Versicherungsschutzes in Deutschland		
<input type="checkbox"/> Versicherungsschutz gilt auch in Deutschland <input type="checkbox"/> Versicherungsschutz gilt nicht in Deutschland <input type="checkbox"/> Gültigkeit des Versicherungsschutzes in Deutschland unbekannt		
Dauer des Aufenthalts in Deutschland		
<input type="checkbox"/> Die Dauer des ununterbrochenen, nicht rechtsmissbräuchlich beeinflussten Aufenthalts beträgt mehr als 18 Monate <input type="checkbox"/> Dauer des ununterbrochenen Aufenthalts in Deutschland beträgt weniger als 18 Monate		
Zur Krankenversicherung nach § 264 SGB V wähle ich diese <a href="#">gesetzliche Krankenkasse</a>		

## Leistungsauszahlung

Ich/Wir erklären folgende Regel für die Auszahlung von Leistungen

- Bitte die Leistungen auf mein Konto einzahlen  
 Bitte die Leistungen an ein anderes Konto auszahlen

### Eigene Bankverbindung für Leistungsauszahlung

Name der Bank		Sitz der Bank (Land)
Kontoinhaber		
BIC	IBAN	

### Andere Bankverbindung zur Leistungsauszahlung

Name der Bank		Sitz der Bank (Land)
Kontoinhaber		
BIC	IBAN	

Für die Auszahlung der Miete wünsche(n) ich/wir folgende Regelung

- Ich/Wir wünsche(n) die Überweisung der Miete direkt an das Konto des Vermieters

### Bankverbindung des Vermieters

Name der Bank		Sitz der Bank (Land)
Kontoinhaber		
BIC	IBAN	

## Abschlussserklärungen

### Erklärung zu Datenschutz und Datenverarbeitung

#### Datenschutzerklärung (PDF) anzeigen und speichern

<input type="checkbox"/> Ich habe die Informationen zum Datenschutz gelesen und mir wurde das Dokument zum Download bereitgestellt. Ich wurde dadurch über die erhobenen personenbezogenen Daten, deren Verarbeitung sowie über meine Rechte bezüglich der Verarbeitung meiner Daten informiert.	
<input type="checkbox"/> Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten im Sinne dieser Datenschutzerklärung einverstanden und erkläre hiermit meine Einwilligung	
<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass alle gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen	
<input type="checkbox"/> Ich habe das Merkblatt über meine/unsere Mitwirkungspflichten und Hinweise erhalten	
<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass alle Angaben vollständig sind und ich keine Angaben verschwiegen habe	
<input type="checkbox"/> Es ist mir bekannt, dass unwahre und unvollständige Angaben bestraft werden können	
<input type="checkbox"/> Mir ist bekannt, dass zu Unrecht gezahlte Leistungen erstattet werden müssen	
<input type="checkbox"/> Ich verpflichte mich jede Änderung der Familien-, Einkommens-, und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheiten, Krankenhausaufenthalte usw. unverzüglich dem Landratsamt Miltenberg - Sozialwesen - mitzuteilen	
<input type="checkbox"/> Gemäß § 8a AsylbLG (Meldepflicht) ist dem Landratsamt Miltenberg - Leistungen nach dem AsylbLG -die Aufnahme jeder Beschäftigung unverzüglich, spätestens 3 Tage nach der Arbeitsaufnahme mitzuteilen	
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass das Sozialamt bei geeigneten Stellen (Behörden, Bankinstitute) Auskünfte über meine wirtschaftliche Situation einholen kann. Des Weiteren bin ich mit der Einholung und dem Austausch meiner persönlichen Daten zum Zwecke der Prüfung von Zuständigkeiten, des Leistungsumfanges, von Erstattungsansprüchen bei bzw. mit anderen Sozialleistungsträgern (insb. Jobcenter, Jugendamt, Sozialamt, Bafög-Stelle, Agentur für Arbeit, Familienkasse, Ausländerbehörde, Ausländerzentralregister) sowie mit der Einholung von Auskünften zum Zwecke der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen mit der zuständigen Ausländerbehörde, Ausländerzentralregister einverstanden	
Ort	Datum
Unterschrift Haushaltvorstand	Unterschrift Ehepartner:in/gesetzl. Vertreter
Vorname Name in Druckbuchstaben	Vorname Name in Druckbuchstaben