

Landratsamt Ostallgäu
Sachgebiet 20 – Soziale Verwaltung
Schwabenstraße 11
87616 Marktoberdorf

Tel.: 08342/911-0
Fax: 08342/911-563
E-Mail: sozialamt@lra-oal.bayern.de
Internet: www.ostallgaeu.de

Öffnungszeiten der Sozialen Verwaltung:

Dienstag: 7:30 Uhr - 16:00 Uhr
Donnerstag: 7:30 Uhr - 17:30 Uhr
oder nach vorheriger Terminvereinbarung

Antrag auf Erbringung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Antrag ausgegeben am/ gestellt am: _____

Aktenzeichen: 20 - _____

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen bzw. ausfüllen, nichtzutreffendes ist entsprechend durchstreichen!

1 Persönliche Angaben zum Leistungsempfänger

Familienname: _____ Straße, Nr.: _____
Vorname: _____ PLZ: _____
Geburtsdatum: _____ Ort: _____
Geburtsort: _____ Telefon: _____
Geburtsname: _____ Fax: _____
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers Staatsangehörigkeit _____
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden, seit: _____
Familienstand: ☐ getrennt lebend, seit: _____

Vormund/Betreuer ☐ nein ☐ beantragt ☐ ja, wenn ja bitte Adresse des Vormundes/Betreuers angeben
und Bestellsurkunde beifügen

2 Angaben zum Ehegatten, Lebensgefährten, Lebensgefährtin, Lebenspartner/in (nur ergänzende und abweichende Angaben zu Ziffer 1)

Familienname: _____ Straße, Nr.: _____
Vorname: _____ PLZ: _____
Geburtsdatum: _____ Ort: _____
Geburtsort: _____ Telefon: _____
Geburtsname: _____ Fax: _____
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers Staatsangehörigkeit _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden, seit: _____
☐ getrennt lebend, seit: _____

Vormund/
Betreuer ☐ nein ☐ beantragt ☐ ja, wenn ja **bitte Adresse des Vormundes/Betreuers angeben und Bestellungsurkunde beifügen**

3 Sonstige Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft (z.B. Kinder, Eltern, Verwandte)

Familienname				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Staatsangehörig-keit				
Verwandtschaft/ Beziehung zum Antragssteller				

4 Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 SGB V)

(Angaben zu Antragssteller, Ehegatte/Partner und minderjährigen Kindern – bitte letzte Beitragsrechnung beifügen)

Krankenversicherungsschutz	☐ nein, letzte Mitgliedschaft bei: _____ bis: _____ ☐ ja, Mitgliedschaft bei: _____ seit: _____
Art der Mitgliedschaft	☐ Pflichtversicherung (Auszubildender, Arbeitnehmer, Arbeitslosengeldempfänger, Rentner...) ☐ freiwillige Versicherung ☐ Familienversicherung

5 Einkommensverhältnisse (bitte Nachweise entsprechend den Angaben beilegen)

Art des Einkommens:	Leistungs-empfänger:	Ehepartner/ Lebensge- fährte(in)/ Lebens- partner(in):	01 Kind / Haushalts- angehöriger:	02 Kind / Haushalts- angehöriger:	03 Kind / Haushalts- angehöriger:	04 Kind / Haushalts- angehöriger:
Arbeitseinkommen						
Arbeitslosengeld						
Altersrente						
Kindergeld						
Sonstiges Einkommen						

Bitte wenden!

6 Vermögensverhältnisse / Ansprüche gegenüber Dritter

(Angaben zu Antragsteller, Ehegatte/Partner und minderjährigen Kindern)

Bitte entsprechende Nachweise, z.B. Kontoauszüge der letzten drei Monate, Sparbücher, relevante Teile von Versicherungspolice usw. beifügen! (werden Kontoauszüge vorgelegt, dürfen bei Ausgaben Verwendungszweck und Empfänger einer Überweisung geschwärzt werden, wenn es sich um besondere Arten von personenbezogenen Daten (§ 67 Abs. 12 SGB X) handelt. Dies sind Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit oder Sexualleben)

	Leistungs- empfänger:	Ehepartner/ Lebensge- fährte(in)/ Lebens- partner(in):	01 Kind / Haushalts- angehöriger:	02 Kind / Haushalts- angehöriger:	03 Kind / Haushalts- angehöriger:	04 Kind / Haushalts- angehöriger:
Bargeld:	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wert:	€	€	€	€	€	€
Bankkonten, Bausparverträge usw.	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Anzahl Konten/ Verträge:	Konten	Konten	Konten	Konten	Konten	Konten
Wert aller Guthaben gesamt:	€	€	€	€	€	€
Sonstige Kontoguthaben (z.B. Onlinekonten wie „PayPal“)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wert:	€	€	€	€	€	€
Haus-, Grundeigentum	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Anzahl Häuser / Wohnungen / Fläche bebaute						
Grundstücke (auch im Ausland)	/	/	/	/	/	/
	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
Fläche unbebaute Grundstücke (auch im Ausland)	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
(geschätzte) Verkehrswerte:	€	€	€	€	€	€
(Kraft-) Fahrzeug(e)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Anzahl Fahrzeuge	Fahrzeuge	Fahrzeuge	Fahrzeuge	Fahrzeuge	Fahrzeuge	Fahrzeuge
sonst. Vermögen (wertvolle Möbel, Geräte, Hausrat- gegenstände, Münzen, Schmuck, Bücher, Sammlungen usw.)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Art des Vermögens:						
Wert des Vermögens:	€	€	€	€	€	€
Sonstiges Vermögen im Inland und/oder Ausland	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

7 Vorrangige Ansprüche

2. Vorrangige Sozialleistungen und Kindergeld (§§ 102 ff. SGB X, § 74 EStG)				
Art der Leistung	nein	ja	Antragsdatum	Für wen und wo wurde der Antrag gestellt? Unter welchem Aktenzeichen
Kindergeld	☐	☐		
Unterhaltsvorschuss	☐	☐		
Rente	☐	☐		
Krankengeld	☐	☐		
Arbeitslosengeld	☐	☐		
Bürgergeld	☐	☐		
Wohngeld	☐	☐		
Sonst. Leistungen	☐	☐		
Sonst. Leistungen	☐	☐		

8 Sonstiges

Bestehen noch (ungeklärte) Ansprüche/ Rechte gegen Dritte? (z.B. Unfall, Krankheit, Schadensersatz, Unterhalt, Übergabe-/Vertrag, Renten, Erbchaft, Pflichtteil/ Vermächtnis usw.)	☐ nein		
	☐ ja, gegen	wegen	€
	☐ ja, gegen	wegen	€

9 Bankverbindung

Konto- inhaber																				
IBAN	D	E																		
BIC																				
Geld- institut																				

Bitte wenden!

10 Antragsbegründung

(Bitte geben Sie so präzise wie möglich an, warum Sie einen Leistungsanspruch geltend machen - ggf. verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt -)

11 Erklärung

Ich versichere, dass ich alle beiliegenden Merkblätter gelesen und verstanden habe.

Ich versichere, dass diese Angaben in vollem Umfang der Wahrheit entsprechen und keine wichtigen Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss. Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete im Rahmen der Gesetze auf sich überleitet.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfestellung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens- und Familienverhältnisse, sofort unaufgefordert mitzuteilen.

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die für die Hilfestellung notwendigen Daten gespeichert, verarbeitet und an beteiligte Stellen weitergegeben werden. Die personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Bearbeitung Ihres Antrages verwendet. Die Behörden, Bankinstitute und Versicherungen ermächtige ich zur Auskunftserteilung über die Vermögensverhältnisse von mir und meinen im Haushalt lebenden, unterhaltsberechtigten Angehörigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungsempfängers/
gesetzlichen Vertreters