

Landratsamt Miltenberg
- Sozialamt -
Brückenstraße 2
63897 Miltenberg

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

Termine sind nur nach Vereinbarung möglich

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Verwenden Sie nach Möglichkeit unser [Online-Verfahren zu diesem Antrag](#)

Persönliche Angaben des Haushaltsvorstands

Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers		
Vorname*		Nachname*
Geburtsdatum*	Geburtsort*	Geburtsland*
Familienstand*		
Staatsangehörigkeit*		
E-Mail-Adresse*	Telefonnummer#	Mobilrufnummer#
Tag Ihrer Einreise nach Deutschland*		
Adresszusatz (zum Zeitpunkt der Antragstellung)		
Straße (zum Zeitpunkt der Antragstellung) *		HsNr (z.Z. Antragst.) *
PLZ (z.Z. Antragst.) *	Ort (zum Zeitpunkt der Antragstellung) *	
Berufsausbildung	Abschlussjahr Ausb.	Berufsjahre
weitere Berufsausbildung	Abschlussjahr Ausb.	Berufsjahre
Sprachkenntnisse <input type="checkbox"/> Ukrainisch <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Andere		
Gehen Sie einer erwerbsmäßigen Tätigkeit oder Ausbildung nach? *		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Selbständige Tätigkeit <input type="checkbox"/> abhängige Tätigkeit <input type="checkbox"/> Ausbildung		

Angaben zu Ausweisdokumenten und Aufenthaltsstatus

Biometrischer Ausweis

Internationales biometrisches Ausweisdokument* <input type="checkbox"/> Nein, ich besitze kein biometrisches Ausweisdokument <input type="checkbox"/> Ja, ich bin im Besitz eines internationalen biometrischen Ausweisdokuments
Ausweisnummer (Falls ja *)

Aufenthaltsstatus

Status der Aufenthaltserlaubnis * <input type="checkbox"/> Nein, ich habe bisher keine Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Ja, ich habe eine Aufenthaltserlaubnis nach § 24 AufenthG (vorübergehender Schutz) <input type="checkbox"/> Ja, ich habe eine Aufenthaltserlaubnis auf Basis einer anderen Rechtsgrundlage		
Ich bin im Besitz eines gültigen Aufenthaltstitels (falls ja *)		
Ich bin im Besitz eines noch gültigen, früheren Aufenthaltstitels (falls ja *)		
Dokumentnummer *	Ausstellungsdatum *	Gültigkeitsdatum *

Angaben zu den Wohnverhältnissen

Derzeitige Unterbringung* <input type="checkbox"/> Ich/Wir wohnen in einer zur Verfügung gestellten Gemeinschaftsunterkunft <input type="checkbox"/> Ich/Wir wohnen bei Bekannten / Verwandten <input type="checkbox"/> Ich/Wir wohnen zur Miete <input type="checkbox"/> Ich/Wir bewohnen eigenen Wohnraum (Eigentum) <input type="checkbox"/> Ich/Wir bewohnen ein anderes Wohnobjekt	
Falls „anderes Wohnobjekt“: Bitte die Art der Unterkunft angeben	
Einzugsdatum in diese Unterkunft / Wohnung*	
Sie können uns einen Ansprechpartner nennen, den wir an Ihrem Wohnort kontaktieren können, falls Sie nicht erreichbar sind, oder der bei Verständigungsschwierigkeiten behilflich sein kann. * <input type="checkbox"/> Ja, ich kann eine Person als Ansprechpartner angeben <input type="checkbox"/> Nein, ich kann keinen Ansprechpartner angeben	
Name des Ansprechpartners (falls ja *)	
Telefon d. Ansprechpartners (falls ja #)	
E-Mail d. Ansprechpartners (falls ja #)	

Angaben zu privaten Wohnungsgebern

Wenn Sie zur Miete wohnen, laden Sie bitte die [Mietbescheinigung \(PDF-Datei\)](#) herunter, die Ihr Vermieter für Sie ausfüllen muss

<input type="checkbox"/> Eigentümer:in des Wohnobjekts ist eine juristische Person / Organisation			
Anrede	Vorname*	Nachname*	
Firmenname (Firmierung) / Organisationsname (falls Vermieter eine juristische Person ist *)			
Vertreter:in Anrede	Vertreter:in Vorname (*)	Vertreter:in Nachname (*)	
E-Mail*		Telefonnummer#	Mobilrufnummer#
Adresszusatz			
Straße*			Hausnummer'
Postleitzahl*	Ortsname*		

Anschrift Ihres Haushalts

Anschriftenauswahl* <input type="checkbox"/> Anschrift wie die der privaten Wohnungsgeber <input type="checkbox"/> Anschrift wie in der Anmeldung zum Formular <input type="checkbox"/> Andere Anschrift (keine der bisher angegebenen Anschriften)	
Adresszusatz	
Strasse (*)	Hausnummer (*)
PLZ (*)	Ortsname (*)

Angaben zu Mitgliedern Ihres Haushalts

Zu meinem Haushalt gehören folgende Personen: * Bitte tragen Sie sich als antragstellende Person in die erste Zeile ein, falls zutreffend verwenden Sie für Ihre:n Partner:in bitte die zweite Zeile. <input type="checkbox"/> keine weiteren Personen (nur ich) <input type="checkbox"/> mein:e Ehepartner:in / mein:e Partner:in <input type="checkbox"/> meine/unsere eigenen Kinder <input type="checkbox"/> unter meiner/unserer Fürsorge stehende Pflegekinder			
Person-#	Vorname	Nachname	Geburtsdatum
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Falls zutreffend füllen Sie bitte die [Anlage „Ehepartner:in – Partner:in“](#) und / oder [Anlage „zum Haushalt zählende Kinder und Jugendliche“](#) aus.

Hinweis

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.

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 von 200€ pro Person 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 von 200€ pro Person hinausgeht. Ich bestätige, dass ich über eventuelle Konsequenzen durch Verschweigen von Einkommen informiert wurde.

Füllen Sie die entsprechende(n) Anlage(n) zur Erwerbstätigkeit aus. [Anlage „Selbständige Tätigkeit“](#), [Anlage „abhängige Beschäftigung“](#), [Anlage „Ausbildung“](#)

Verwenden Sie zur Zuordnung die Ziffer „Person-#“ aus der Liste Ihrer Haushaltsmitglieder.

Weitere Einkommen

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 von 200€ pro Person 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 von 200€ pro Person hinausgeht. Ich bestätige, dass ich über eventuelle Konsequenzen durch Verschweigen von weiteren Einkommensquellen informiert wurde.

Füllen Sie die [Anlage „Weitere Einkommen“](#) für alle Einkommen jedes Mitglieds Ihres Haushalts aus.

Verwenden Sie zur Zuordnung die Ziffer „Person-#“ aus der Liste Ihrer Haushaltsmitglieder.

Vermögenswerte

Ich/Wir gebe(n) folgende Erklärung zu meinen/unseren Vermögenswerten ab

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 von 200€ pro Person hinausgehen. Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns im Folgenden alle Vermögenswerte wahrheitsgemäß anzugeben und keine Vermögenswerte zu verschweigen

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 von 200€ pro Person hinausgeht. Ich bestätige, dass ich über eventuelle Konsequenzen durch Verschweigen von Vermögenswerten informiert wurde.

Füllen Sie die [Anlage „Vermögenswerte“](#) für jeden Vermögenswert für jedes Mitglied Ihres Haushalts aus.

Verwenden Sie zur Zuordnung die Ziffer „Person-#“ aus der Liste Ihrer Haushaltsmitglieder.

Ansprüche gegenüber Dritten

Ich/Wir gebe(n) folgende Erklärung zu Ansprüchen gegenüber Dritten ab

Ich/Wir erkläre(n) eidesstattlich, dass ich und/oder ein Mitglied meines/unseres Haushalts Ansprüche gegen Dritte habe(n), die gem. § 7 AsylbLG vorrangig gegenüber Sozialleistungen zu verwenden sind und über den Freibetrag von 200€ pro Person hinausgehen. Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns im Folgenden alle Ansprüche gegen Dritte wahrheitsgemäß anzugeben und keine noch nicht erhobenen Ansprüche gegen Dritte zu verschweigen

Ich/Wir erkläre(n) eidesstattlich, dass weder ich/wir noch ein Mitglied meines/unseres Haushalts Ansprüche gegen Dritte hat, die gem. § 7 AsylbLG vorrangig gegenüber Sozialleistungen zu verwenden sind und über den Freibetrag von 200€ pro Person hinausgehen. Ich bestätige, dass ich über eventuelle Konsequenzen durch Verschweigen von Ansprüchen gegen Dritte informiert wurde.

Füllen Sie die [Anlage „Ansprüche gegen Dritte“](#) für jedes Mitglied Ihres Haushalts aus, das relevante Ansprüche gegen Dritte geltend machen kann.

Verwenden Sie zur Zuordnung die Ziffer „Person-#“ aus der Liste Ihrer Haushaltsmitglieder.

Angaben zur Krankenversicherung

Ich/Wir gebe(n) folgende Erklärung zu den Krankenversicherungen ab

Mindestens eines der Haushaltsmitglieder ist Mitglied einer Krankenkasse, ist bei einem Krankenkassenmitglied mitversichert oder hat Anspruch auf Krankenkassenmitgliedschaft durch einen ununterbrochenen Aufenthalt in Deutschland von mindestens 18 Monaten.

Keines der Haushaltsmitglieder ist Mitglied einer Krankenkasse, ist bei einem Krankenkassenmitglied mitversichert oder hat Anspruch auf Krankenkassenmitgliedschaft durch einen ununterbrochenen Aufenthalt in Deutschland von mindestens 18 Monaten.

Füllen Sie für jedes Haushaltsmitglied, die [Anlage „Krankenversicherung“](#) aus.

Verwenden Sie zur Zuordnung die Ziffer „Person-#“ aus der Liste Ihrer Haushaltsmitglieder

Leistungsauszahlung

Ich/Wir wünsche:n folgende Regel für die Auszahlung von Leistungen	
<input type="checkbox"/> Bitte die Leistungen auf mein/unser Konto einzahlen	
<input type="checkbox"/> Bitte die Leistungen an ein anderes Konto auszahlen	
<input type="checkbox"/> Bitte die Leistungen als Barauszahlung vornehmen (Mietüberweisung ist erforderlich)	
Eigene Bankverbindung	
Kontoinhaber	
Name der Bank	Sitz der Bank (Land)
BIC	IBAN
Anderes Empfängerkonto	
Kontoinhaber	
Name der Bank	Sitz der Bank (Land)
BIC	IBAN

Für die Auszahlung der Miete wünsche(n) ich/wir folgende Regelung	
<input type="checkbox"/> Ich/Wir wünsche(n) die Überweisung der Miete direkt an das Konto des Vermieters	
Bankverbindung Vermieter	
Kontoinhaber	
Name der Bank	Sitz der Bank (Land)
BIC	IBAN

Abschlusserkklärungen

[Datenschutzerklärung \(PDF\) anzeigen und speichern](#)

[Mitwirkungspflichten und Hinweise \(PDF\) anzeigen und speichern](#)

[Checkliste für vorzulegende Dokumente \(PDF\) 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 habe das Merkblatt über meine/unsere Mitwirkungspflichten und Hinweise erhalten	
<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass alle gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen	
<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
Feld für handschriftliche Unterschrift	
Vollständiger Name in Druckbuchstaben	