

hilfesuchende Person (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Eingangsvermerk/-stempel

HA-A

S. 1/2

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Stadt Chemnitz
Sozialamt
09106 Chemnitz

Antrag auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Wichtige Hinweise:

Bitte füllen Sie den Antrag sorgfältig aus und reichen Sie alle Anlagen vollständig ein.
Ausfüllhinweise sind der jeweiligen Anlage beigelegt.

Unterschreiben Sie bitte den Antrag sowie alle Anlagen.

Ich bin darüber informiert, dass das Sozialamt alle rechtlichen Grundlagen der Datenspeicherung und Datenübertragung einhält. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII übermittelt.

Meine Erklärungen:

Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Das betrifft insbesondere:

- Personen, die sich im Haushalt aufhalten, unabhängig von verwandtschaftlicher Bindung,
- Angaben zum Einkommen und Vermögen, lückenlos,
- Angaben zu Kindern, Eltern, getrennt lebenden oder geschiedenen Ehe-/eingetragenen Lebenspartnern.

Mitwirkungspflichten

Ich bin verpflichtet, **alle Änderungen** der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unverzüglich dem Sozialamt mitzuteilen. Insbesondere betrifft dies alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen (z. B. durch Zu- oder Wegzug von Personen).

Aushändigung des Merkblattes

Über meine Mitwirkungspflichten wurde ich mit dem ausgehändigten Merkblatt belehrt (§ 60 ff. SGB I und § 9 Abs. 3 AsylbLG).

Geltendmachung von Ansprüchen

Wenn ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren. Beispielsweise bei Schadensersatz wegen eines Unfalls oder in einem Versicherungsfall.

Unterschrift/en

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift hilfesuchende Person bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgebe- rechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer	_____ Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/ Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/ gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer
---------------------	--	---

Änderungsvermerke

Ich bestätige, dass die handschriftlichen Änderungen und Ergänzungen richtig sind.
Diese wurden mit mir besprochen und sind richtig.

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift hilfesuchende Person bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgebe- rechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer	_____ Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/ Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/ gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer
---------------------	--	---

hilfesuchende Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Eingangsvermerk/-stempel

Anlage Persönliche Verhältnisse

Angaben zur Person	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/Lebensgefährte
Name		
Familienname		
Vorname/n		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Wohnanschrift - Straße, Haus-Nr.		
- PLZ, Ort		
Telefonnummer		
Familienstand		
- seit (Datum)		
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushalts- vorstand <input type="checkbox"/> Haushalts- angehörige/r	<input type="checkbox"/> Haushalts- vorstand <input type="checkbox"/> Haushalts- angehörige/r
Staatsangehörigkeit		
Pass des Herkunftslandes		
- Pass-Nummer		
Aufenthaltsstatus		
Wann wurde der Asylantrag gestellt?		
- Datum		
- Behörde		
- Grenzübertritt		
Aufenthaltsgestattung nach § 55 AsylVfG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufenthaltstitel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, Aufenthaltstitel:		
Person verfügt über eine Duldung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
- weil die Ausreise noch nicht er- folgen kann und aufenthalts- beendende Maßnahmen nicht vollzogen werden können	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
- ja, aus folgenden anderen Gründen		
vollziehbar zur Ausreise verpflichtet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Person	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/Lebensgefährte
Wurde eine Verpflichtungserklärung nach § 68 AufenthG erteilt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Eine dritte Person hat sich per Erklärung verpflichtet, für meinen Lebensunterhalt aufzukommen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Eine dritte Person hat sich per Erklärung verpflichtet, für meinen Lebensunterhalt aufzukommen.
Sind Sie oder ein Haushaltsmitglied nach Leistungsanspruchnahme aus der Bundesrepublik Deutschland ausgereist?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ja: - Tag der Ausreise		
- Diese Personen sind ausgereist:		
- Gründe		

Unterschrift/en

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum

Unterschrift hilfesuchende Person bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgeberechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer

Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer

hilfesuchende Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Eingangsvermerk/-stempel

Anlage Personen im Haushalt

Tragen Sie hier die Angaben zu den weiteren Personen im Haushalt ein (z. B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte und weitere).

Angaben zur Person	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Name				
Vorname/n				
Geburtsname, früher geführte Namen				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
- seit (Datum)				
Verwandtschaftsverhältnis zur hilfesuchenden Person				
Staatsangehörigkeit				
In Deutschland lebend seit Geburt?	<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
nein: Jahr der Einreise				
Pass des Herkunftslandes				
- Pass-Nummer				

...

Angaben zur Person	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Aufenthaltsstatus				
Wann wurde der Asylantrag gestellt?				
- Datum				
- Behörde				
- Grenzübertritt				
Aufenthaltsgestattung nach § 55 AsylVfG	<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
Aufenthaltstitel vorhanden	<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
Falls ja, Aufenthaltstitel:				
Person verfügt über eine Duldung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
- weil die Ausreise noch nicht erfolgen kann und aufenthaltsbeendende Maßnahmen nicht vollzogen werden können	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
- ja, aus folgenden anderen Gründen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
vollziehbar zur Ausreise verpflichtet	<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

Unterschrift/en

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum

Unterschrift hilfeschende Person bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgeberechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer

Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer

hilfesuchende Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Eingangsvermerk/-stempel

Anlage Zusätzliche Angaben

Mehrbedarfe (wegen Schwangerschaft, Schwerbehinderung, voller Erwerbsminderung, Alleinerziehung, kostenaufwendiger Ernährung, Warmwasserversorgung)

nein **ja: Bitte Anlage MB ausfüllen.**

Kranken- und Pflegeversicherung

ja: Bitte Anlage KV ausfüllen.

nein: Es besteht kein Kranken- und Pflegeversicherungsschutz. Ich/wir beantrage/n Leistungen nach § 4 AsylbLG.

Kosten der Unterkunft

Bewohnen Sie eine selbst angemietete Wohnung oder Wohneigentum?

nein **ja: Bitte Anlage KdU ausfüllen.**

Einkommen

Ist Einkommen vorhanden?	hilfe- suchende Person	Ehepartner(in)/ Lebensgefährtin/ Lebensgefährte	in Haushaltsgemeinschaft lebende Person/en			
			1.	2.	3.	4.
ja: Einkommen ist vorhanden <i>Bitte Anlage EK ausfüllen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein: kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vermögen

Ist Vermögen vorhanden?

nein **ja: Bitte Anlage VM ausfüllen.**

Unterhaltsansprüche, vorrangige (Sozial-)Leistungsansprüche

Unterhaltsansprüche nach bürgerlichem Recht (§ 94 SGB XII)

nein **ja: Bitte Anlage UH ausfüllen.**

Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

nein **ja: Bitte Anlage EK ausfüllen.**

Vorrangige Sozialleistungen und Kindergeld (§§ 102 ff. SGB X, § 74 EStG)

nein **ja: Bitte Anlage EK ausfüllen.**

Sonstige vorrangige Ansprüche (§ 93 SGB XII, § 106 SGB X)

nein **ja: Bitte Anlage EK ausfüllen.**

Unterschrift/en

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum

Unterschrift hilfesuchende Person bzw.
Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgebe-
rechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer

Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/
Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/
gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer

hilfesuchende Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Anlage Unterkunft, Heizung, zentrale Warmwassererzeugung

Ausfüllhinweise finden Sie auf Seite 2.

in einer Mietwohnung

Angaben zu Wohnung, Unterkunfts- und Heizkosten

Gesamtgröße der Wohnung m ²	Anzahl der Räume (ohne Küche und Bad)	Die Wohnung verfügt über <input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> Bad
Höhe der monatlichen Grundmiete EUR	Höhe der monatlichen kalten Betriebskosten EUR	Höhe der monatlichen Heizkosten EUR
In den Heizkosten sind Kosten für die zentrale Warmwassererzeugung enthalten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Die Wohnung wird geheizt mit <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Holz):		
Die Brennstoffe werden selbst beschafft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
In der Wohnung leben insgesamt ^{Anzahl} Person/en.		
Besteht für eine oder mehrere Person/en in dieser Wohnung freies Wohnrecht? (Bitte entsprechenden Nachweis beifügen!)		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Person/en: ^{Name/n, Vorname/n}		

in einer Eigentumswohnung bzw. in einem eigenen Haus

Angaben zu Wohnung/Haus, Unterkunfts- und Heizkosten

Gesamtgröße der Wohnung/des Hauses m ²	Anteil der Wohnfläche m ²	Anzahl Wohnungen	davon leer stehende Wohnungen	Gewerberäume
davon selbst genutzte Wohnfläche m ²	Anzahl Räume (ohne Küche und Bad)	Anzahl Bäder	Anzahl Küchen	
Höhe der monatlichen Heizkosten EUR	In den Heizkosten sind Kosten für die zentrale Warmwassererzeugung enthalten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Die Eigentumswohnung/das Haus wird geheizt mit <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Holz):				
Die Brennstoffe werden selbst beschafft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Die Nebenkosten/Wohnkosten setzen sich zusammen aus <input type="checkbox"/> Grundsteuern <input type="checkbox"/> Gebäudeversicherung <input type="checkbox"/> Müllgebühren <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Abwasser <input type="checkbox"/> Fäkalienabfuhr <input type="checkbox"/> Straßenreinigung <input type="checkbox"/> Wartung der Heizung <input type="checkbox"/> Schornsteinfegergebühren (Emissionsrechnung) <input type="checkbox"/> Sonstiges:				
Hauslasten EUR	Zinsen und Tilgung EUR			
In der selbst genutzten Wohnung/dem Haus leben insgesamt ^{Anzahl} Person/en.				
Besteht für eine oder mehrere Person/en in dieser Wohnung/diesem Haus freies Wohnrecht? (Bitte entsprechenden Nachweis beifügen!)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Person/en: ^{Name/n, Vorname/n}				

Unterschrift/en

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum	Unterschrift hilfesuchende Person bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgebe- rechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer	Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/ Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/ gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer
------------	---	--

Hinweis zur Anlage Unterkunft, Heizung, zentrale Warmwassererzeugung (KdU)

Ob Ihre Wohnkosten angemessen im Sinne der Unterkunfts- und Heizungskostenrichtlinie der Stadt Chemnitz sind, richtet sich nach Ihrer Wohnsituation.

(Die Richtlinie finden Sie im Internet unter www.chemnitz.de → Soziales & Gesundheit → Soziales → Leistungen → Sozialhilfe.)

Link: www.chemnitz.de/chemnitz/de/soziales-gesundheit/soziales/leistungen/sozialhilfe/index.html

hilfesuchende Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Eingangsvermerk/-stempel

Anlage Kranken- und Pflegeversicherung

Ausfüllhinweise finden Sie auf Seite 2.

Es besteht Kranken- und Pflegeversicherungsschutz.

	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/Lebensgefährte
Name der Krankenkasse		
Anschrift der Krankenkasse		
Versicherten-/ Mitgliedsnummer		
Es handelt sich um eine		
- Pflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- freiwillige Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- private Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Familienversicherung bei folgendem Pflichtversicherten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Versichertennummer		

	im Haushalt lebende Personen			
Name, Vorname				
Krankenversicherungsschutz besteht über				
- eigene Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- folgende Person:				
Name, Vorname				
Versichertennummer				

Es besteht kein Kranken- und Pflegeversicherungsschutz.

Ich/wir bestimme/n folgende gesetzliche Krankenkasse zu meiner/unserer Krankenkasse:

Name der Krankenkasse

Anschrift der Krankenkasse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Es bestand früher schon einmal Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bei:

Bezeichnung der Krankenkasse/Versicherung, ggf. Anschrift

Unterschrift/en

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum	Unterschrift hilfesuchende Person bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgeberechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer	Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer
------------	---	--

Ausfüllhinweise zur Anlage Kranken- und Pflegeversicherung (KV)

Damit wir Ihren Bedarf ermitteln können, benötigen wir Angaben zu Ihrem Kranken- und Pflegeversicherungsschutz. Füllen Sie dazu bitte dieses Formular aus.

Wenn Sie nicht krankenversichert sind, prüfen wir für Sie, welchen Kranken- und Pflegeversicherungsschutz Sie erhalten können.

Wenn Sie privatversichert oder freiwillig versichert sind, reichen Sie bitte die aktuellen Nachweise (Versicherungsschein und aktuelle Beitragseinstufung) in Kopie ein.

hilfesuchende Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Eingangsvermerk/-stempel

Anlage Überweisungsermächtigung und datenschutzrechtliche Einwilligung bei Zahlungsverkehr

Die mir bewilligten Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII bzw. Asylbewerberleistungen nach dem AsylbLG dürfen auf folgendes Konto überwiesen werden.

Angaben zur Bankverbindung:

Kontoinhaber:	Name, Vorname
Anschrift:	Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort
Bankverbindung:	Name der Bank/Sparkasse
	BIC (11-stellig)
	IBAN (22-stellig)

Gleichzeitig ermächtige ich die oben genannte Bank/Sparkasse, auf Anforderung des Sozialamtes der Stadt Chemnitz Zahlungen aus meinem Konto zu leisten, soweit das Guthaben aus einer unrechtmäßigen Überweisung des Sozialamtes stammt.

Meine Erlaubnis gilt auch gegenüber meinen Erben. Die Erben sind nicht berechtigt, diese Ermächtigung zu widerrufen.

Ort, Datum	Unterschrift hilfesuchende Person bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgeberechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer	Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/ Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/ gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer
------------	--	--

hilfesuchende Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Eingangsvermerk/-stempel

- Für die Akte -

Anlage Merkblatt zum Antrag auf Asylbewerberleistungen Erklärung zu den Mitwirkungspflichten

Merkblatt wurde ausgehändigt
in: englisch russisch
 arabisch persisch

1 Wer hat Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

- Asylbewerber mit Gestattung,
- Asylbewerber mit Duldung,
- Ausländer mit einer Grenzübertritts-Bescheinigung, die vollziehbar (ab sofort) zur Ausreise verpflichtet sind.

Diese Personen müssen nach ihrem Einkommen und Vermögen hilfebedürftig sein. Sie haben keinen Anspruch auf Sozialhilfe nach dem SGB XII.

2 Umfang der Leistungen

- Geldleistungen für den persönlichen Bedarf (Ernährung, **Unterkunft, Heizkosten**, Bekleidung, Haushaltsgegenstände, Körperpflege),
- „Taschengeld“,
- Krankenbehandlung, Zahnarzt.

3 Was kann ich erwarten und was muss ich dafür tun

- Die Entscheidung, ob ich Geld und Leistungen bekomme trifft die Behörde.
- Dafür muss ich alle Dokumente vorlegen, die die Behörde von mir verlangt.
- Die Leistungen sind nur für mich selbst und meine Familie bestimmt. Meine Familie und ich müssen in einer Wohnung zusammenleben.
- Wenn sich in meinem Leben etwas ändert, muss ich das der Behörde mitteilen.
Solche Änderungen können sein:

<p>beim Geld:</p> <p>z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich bekomme Geld für eigene Arbeit. - Mein Partner oder meine Partnerin bekommt Geld für eigene Arbeit. - Ich habe eine Ausbildung oder ein Studium begonnen und bekomme ‚Ausbildungsgeld‘/BaföG dafür. - Ich arbeite im Bundesfreiwilligendienst oder im Freiwilligen Sozialen Jahr und bekomme Taschengeld. - Ich habe von anderen Geld bekommen (z. B. Renten, Erbe,...) auch aus anderen Ländern. - Ich habe im Lotto gewonnen. - Ich habe Betriebskosten (Wasser, Heizung) wiederbekommen. - Ich habe noch anderes Einkommen oder habe dieses beantragt (Stromguthaben, Kindergeld, Elterngeld, Arbeitslosengeld II, Wohngeld, Zinserträge,...)
<p>in der Familie:</p> <p>z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Änderungen von Aufenthaltstiteln, - Heirat oder Trennung, - Geburt, Tod eines Familienmitgliedes, das mit mir in der Wohnung wohnt, - Zuzug von Familienangehörigen, - wenn ich ins Krankenhaus muss, - wenn ich umziehen möchte, - wenn ich ins Gefängnis muss.
<p>Sonstiges:</p> <p>z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitglied in einer Krankenkasse, - Wechsel der Krankenkasse, - wenn mich jemand bestohlen hat, bei mir eingebrochen ist oder mir anderen Schaden zugefügt hat.

4 Folgen fehlender Mitwirkung, Einschränkung der Leistung, Kostenersatz

- Wenn ich der Behörde keine oder nicht alle Dokumente und Unterlagen vorlege, bekomme ich kein Geld.
- Ich muss die Wahrheit sagen. Betrug kann angezeigt und bestraft werden.
- Wenn ich meinen Pass nicht beschaffe und damit meine Ausreise verzögere, bekomme ich nur noch Geld für Ernährung und Körperpflege.
- Wenn ich zu viel Geld bekommen habe, muss ich es zurückzahlen.

Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt hat oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert (§§ 60 bis 62, 65 SGB I)

5 Datenschutz

Meine persönlichen Daten sind geschützt.

Die Behörde darf diese nur weitergeben, wenn ich das erlaube oder dies gesetzlich erlaubt ist.

Unterschrift/en

Ort, Datum

Unterschrift hilfesuchende Person bzw.
Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgebe-
rechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer

Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/
Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/
gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer

hilfesuchende Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Eingangsvermerk/-stempel

- Für den Antragsteller -

Anlage Merkblatt zum Antrag auf Asylbewerberleistungen Erklärung zu den Mitwirkungspflichten

Merkblatt wurde ausgehändigt
in: englisch russisch
 arabisch persisch

1 Wer hat Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

- Asylbewerber mit Gestattung,
- Asylbewerber mit Duldung,
- Ausländer mit einer Grenzübertritts-Bescheinigung, die vollziehbar (ab sofort) zur Ausreise verpflichtet sind.

Diese Personen müssen nach ihrem Einkommen und Vermögen hilfebedürftig sein. Sie haben keinen Anspruch auf Sozialhilfe nach dem SGB XII.

2 Umfang der Leistungen

- Geldleistungen für den persönlichen Bedarf (Ernährung, **Unterkunft, Heizkosten**, Bekleidung, Haushaltsgegenstände, Körperpflege),
- „Taschengeld“,
- Krankenbehandlung, Zahnarzt.

3 Was kann ich erwarten und was muss ich dafür tun

- Die Entscheidung, ob ich Geld und Leistungen bekomme trifft die Behörde.
- Dafür muss ich alle Dokumente vorlegen, die die Behörde von mir verlangt.
- Die Leistungen sind nur für mich selbst und meine Familie bestimmt. Meine Familie und ich müssen in einer Wohnung zusammenleben.
- Wenn sich in meinem Leben etwas ändert, muss ich das der Behörde mitteilen.
Solche Änderungen können sein:

<p>beim Geld:</p> <p>z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich bekomme Geld für eigene Arbeit. - Mein Partner oder meine Partnerin bekommt Geld für eigene Arbeit. - Ich habe eine Ausbildung oder ein Studium begonnen und bekomme ‚Ausbildungsgeld‘/BaföG dafür. - Ich arbeite im Bundesfreiwilligendienst oder im Freiwilligen Sozialen Jahr und bekomme Taschengeld. - Ich habe von anderen Geld bekommen (z. B. Renten, Erbe,...) auch aus anderen Ländern. - Ich habe im Lotto gewonnen. - Ich habe Betriebskosten (Wasser, Heizung) wiederbekommen. - Ich habe noch anderes Einkommen oder habe dieses beantragt (Stromguthaben, Kindergeld, Elterngeld, Arbeitslosengeld II, Wohngeld, Zinserträge,...)
<p>in der Familie:</p> <p>z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Änderungen von Aufenthaltstiteln, - Heirat oder Trennung, - Geburt, Tod eines Familienmitgliedes, das mit mir in der Wohnung wohnt, - Zuzug von Familienangehörigen, - wenn ich ins Krankenhaus muss, - wenn ich umziehen möchte, - wenn ich ins Gefängnis muss.
<p>Sonstiges:</p> <p>z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitglied in einer Krankenkasse, - Wechsel der Krankenkasse, - wenn mich jemand bestohlen hat, bei mir eingebrochen ist oder mir anderen Schaden zugefügt hat.

4 Folgen fehlender Mitwirkung, Einschränkung der Leistung, Kostenersatz

- Wenn ich der Behörde keine oder nicht alle Dokumente und Unterlagen vorlege, bekomme ich kein Geld.
- Ich muss die Wahrheit sagen. Betrug kann angezeigt und bestraft werden.
- Wenn ich meinen Pass nicht beschaffe und damit meine Ausreise verzögere, bekomme ich nur noch Geld für Ernährung und Körperpflege.
- Wenn ich zu viel Geld bekommen habe, muss ich es zurückzahlen.

Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt hat oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert (§§ 60 bis 62, 65 SGB I)

5 Datenschutz

Meine persönlichen Daten sind geschützt.

Die Behörde darf diese nur weitergeben, wenn ich das erlaube oder dies gesetzlich erlaubt ist.

Unterschrift/en

Ort, Datum

Unterschrift hilfesuchende Person bzw.
Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgebe-
rechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer

Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/
Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/
gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer

hilfesuchende Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Eingangsvermerk/-stempel

Anlage Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich und die zu meinem Haushalt gehörenden Familienmitglieder beziehe/n Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz AsylbLG).

Meine persönlichen Daten sind geschützt.

Die Behörde darf diese nur weitergeben, wenn ich das erlaube oder dies gesetzlich erlaubt ist.

Mir ist bekannt, dass die Stadt Chemnitz personenbezogene Daten einschließlich Lichtbilder nach den Vorschriften des Gesetzes zum Schutz der informationellen Selbstbestimmung im Freistaat Sachsen (Sächsisches Datenschutzgesetz - SächsDSG) verarbeiten darf.

Es gelten das Sächsische Flüchtlingsaufnahmegesetz (SächsFlüAG) und das AsylbLG.

Ich erlaube die Weitergabe meiner/unsere(r) Daten an:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jobcenter Chemnitz
(Leistung/Fallmanagement) | <input type="checkbox"/> AG In- und Ausländer e. V.
Jägerstraße 8, 09111 Chemnitz |
| <input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit/
Agentur für Arbeit Chemnitz | <input type="checkbox"/> AWO Kreisverband Chemnitz und Umgebung e. V.
Am Bernsdorfer Hang 14, 09126 Chemnitz |
| <input type="checkbox"/> Stadt Chemnitz, Sozialamt, Abt. 50.4
(Unterbringung/Soziale Beratung, Betreuung/
Leistung/soziale Integration) | <input type="checkbox"/> Sächsischer Flüchtlingsrat e. V.
Lohstraße 9, 09111 Chemnitz |
| <input type="checkbox"/> Stadt Chemnitz, Ausländerbehörde | <input type="checkbox"/> Diakonie Stadtmission Chemnitz
Altchemnitzer Straße 15-17, 09120 Chemnitz |
| <input type="checkbox"/> Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt | <input type="checkbox"/> GGG Grundstücks- und Gebäudewirtschafts-
Gesellschaft m. b. H.
Clausstraße 10-12, 09126 Chemnitz |
| <input type="checkbox"/> Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) | <input type="checkbox"/> WuV - Wohn- und Verwaltungsgesellschaft
Chemnitz GmbH
Chemnitztalstraße 36 a, 09114 Chemnitz |
| <input type="checkbox"/> Landesdirektion Sachsen | <input type="checkbox"/> Rückkehrberatung des DRK-Kreisverbandes
Chemnitzer Umland e. V. GmbH
Zwickauer Straße 432, 09117 Chemnitz |
| <input type="checkbox"/> _____ | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Ort, Datum

Unterschrift hilfesuchende Person

Änderungsvermerk:

Ich bestätige hiermit, dass etwaige Änderungen bzw. Ergänzungen an der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung, die Bedienstete des Sozialamtes/Abt. 50.4 daran vorgenommen haben, mit mir besprochen wurden und richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift hilfesuchende Person