

<b>Feststellungsbogen</b>	
<b>Leistungen nach dem AsylbLG</b>	
Antragsteller/in (Name, Vorname)	Anschrift (Straße, Wohnort)

<b>1. Personen im Haushalt</b>		
	Hilfesuchende/r	Ehegatte / Lebensgefährte
Name		
Geburtsname		
Vorname		
Anschrift:		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand (s. evtl. Pkt.2)		
seit:		

<b>Weitere Personen der Bedarfsgemeinschaft</b>				
	3.Person	4.Person	5.Person	6.Person
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				
Familienstand				
Verwandtschafts- verhältnis zum HS				

<b>Weitere Personen der Bedarfsgemeinschaft</b>				
	7.Person	8.Person	9.Person	10.Person
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				
Familienstand				
Verwandtschafts- verhältnis zum HS				

Weitere Personen im Haushalt				
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Staats- angehörigkeit				
Verwandschafts- verhältnis zum HS				

## 2. Unterhaltspflichtige

Geschiedene und/oder getrenntlebende Ehegatten sowie Hinterbliebene		
	Personalien des Ehegatten	Personalien früherer Ehegatten (I. Ehe)
Name:		
Vorname:		
Geburtsname:		
Geburtsdatum/-ort:		
Anschrift:		
Neue Anschrift:		
Tag der Eheschließung:		
Standesamt:		
Tag der Scheidung:		
Ort der Scheidung:		
Datum des Todestages:		
Ort des Todestages:		

3. Art der Unterbringung
<input type="checkbox"/> Aufnahmeeinrichtung im Sinne von § 44 Asylverfahrensgesetz <input type="checkbox"/> Vergleichbare Einrichtung in der Sachleistung erbracht werden <input type="checkbox"/> Anderweitige Unterkunft

4. Kosten der Unterkunft (bei anderweitiger Unterkunft)	
Anschrift	
Telefon (freiwillig)	
Grundmiete	Euro
Nebenkosten (Strom, Wasser etc.)	Euro
Heizungskosten	Euro
Warmwasserkosten gesondert	Euro
<b>Summe</b>	Euro

5. Angaben über Aufenthaltszeiten und ausländerrechtlichen Status		
	Antragsteller	Ehegatte
In der BRD seit dem		
Der Aufenthalt ist ununterbrochen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Der Aufenthalt ist unwesentlich <sup>1</sup> unterbrochen	vom                      bis	vom                      bis
Der Aufenthalt ist wesentlich <sup>2</sup> unterbrochen	vom                      bis	vom                      bis
Aufenthaltsgestattung (AG)		
Duldung (D)		
Aufenthaltserlaubnis (AE S )		
Erwerbstätigkeit erlaubt	<input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein
Sonstige z.B. BüMA		

5.1 Angaben über Aufenthaltszeiten und ausländerrechtlichen Status				
	Weitere Personen			
	HA	HA	HA	HA
In der BRD seit dem				
Der Aufenthalt ist ununterbrochen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Der Aufenthalt ist unwesentlich <sup>1</sup> unterbrochen	vom                      bis	vom                      bis	vom                      bis	vom                      bis
Der Aufenthalt ist wesentlich <sup>2</sup> unterbrochen	vom                      bis	vom                      bis	vom                      bis	vom                      bis
Aufenthaltsgestattung (AG)				
Duldung (D)				
Aufenthaltserlaubnis (AE S )				
Erwerbstätigkeit erlaubt	<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
Sonstige				

<sup>1</sup> Eine lediglich unwesentliche Unterbrechung liegt vor, wenn der Auslandsaufenthalt kurzfristig war z.B. Klassenfahrt, Besuche von Angehörigen oder Teilnahme an Beerdigungen. Neben der Dauer ist auch zu berücksichtigen, wodurch der Auslandsaufenthalt veranlasst wurde (familiäre oder schulische Gründe) und welches Gewicht die Gründe für den Betroffenen haben.

<sup>2</sup> Bei wesentlichen Unterbrechungen beginnt die Frist mit dem Datum der Wiedereinreise erneut zu laufen.

Wenn Anhaltspunkte für eine rechtsmissbräuchliche Beeinflussung des Aufenthalts vorliegen, den FB 33-3 mit Vordruck 5021\_AsyblLG\_2\_2 anschreiben.

6. Einkommen und Einkommensbereinigung				
	Art des Einkommens / der Einkommensbereinigung	Betrag	Träger / Arbeitgeber bzw. Grund der Einkommensbereinigung	Aktenzeichen
Person-Nr.				
Person-Nr.				
Person-Nr.				
Person-Nr.				
Person-Nr.				
Person-Nr.				

7. Vermögensverhältnisse aller Personen der Bedarfsgemeinschaft
---

Vermögen, z.B. Bargeld, Sparguthaben, Bausparverträge, Wertpapiere, ausstehende Forderungen, Kunstgegenstände und/oder Sammlungen, Kfz (amtliches Kennzeichen) 1), Grundbesitz 2) ist vorhanden oder wurde innerhalb der letzten 10 Jahre übertragen oder verschenkt:

	Vermögensart	Wert	Geschützt	Falls geschützt: Begründung
Person-Nr.:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Person-Nr.:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Person-Nr.:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

1) bei Kfz ist der Vordruck 50-1305-1 ausfüllen.

2) bei Grundbesitz ist der Vordruck 5021\_SGBXII\_82\_7 (Vermietung und Verpachtung) auszufüllen.

<b>Bei Besitz eines Kfz im Rahmen der Vermögensfreigrenzen ist die Finanzierung wie folgt nachgewiesen:</b>

8. Krankenversicherung des / der			
<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> ohne KV-Schutz			
bei			
seit:		Mitgliedsnummer:	
Rechtsgrund:			
Mtl. Beitrag:		Aussteuerungsdatum:	
Familienversichert durch:			
Besonderheiten zur Versicherung:			

- Bei Unfällen (Betriebs-, Verkehrs-, Haus- oder sonstigen Unfällen), Schlägereien, Schädigungen durch Dritte usw. ist ein Unfallfragebogen aufzunehmen.
- Bei erforderlichem Antrag auf freiwillige Weiterversicherung – Antragsformular (Vordruck 5021\_SGBXII\_32\_5) vom HE unterschreiben lassen und an die zuständige Krankenkasse senden.

Besteht eine Betreuung im Sinne des Betreuungsgesetzes / Vormundschaft ?	<input type="checkbox"/> nein
Name, Vorname, Anschrift, Nachweis der Bestallung	

9. Erkrankung bzw. Schwerbehinderung			<input type="checkbox"/> nein
Name, Vorname			
Krankheitsbezeichnung:			
Seit wann krank?			
Nummer des Schwerbehindertenausweises			
eingetragenes Merkmal:			
Grad der Behinderung in %			
Ausstellendes Versorgungsamt:			

10. Sonstige Versicherungen			
Art der Versicherung			
Abgeschlossen bei:			
Abgeschlossen am:			
Versicherungsnummer:			
Versicherungssumme:			
Fälligkeit :			
Beitrag <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich oder <input type="checkbox"/> Beitragsfrei (ab) ?			
Zahlbar bis:			
Mitversichert sind:			
Bei Fälligkeit ist die Versicherungssumme zu zahlen an:			

## 11.Begründung der Hilfebedürftigkeit

- Ermächtigung zur Zahlung der Hilfe auf ein Konto (5021\_SGBXII\_18\_7)
- Prüfung, ob eine freiwillige Weiterversicherung möglich ist (5021\_SGBXII\_32\_5)

## 12. Schlusserklärung

Ich/Wir versichere(n), dass die von mir/uns gemachten Angaben, insbesondere über meine/unsere Einkommens-, Vermögens- und persönlichen Verhältnisse richtig und vollständig sind.

Mein Ehegatte und ich bevollmächtigen uns gegenseitig, die dem anderen Ehegatten und meinen/unseren Kindern bewilligte Leistungen in Empfang zu nehmen.

Jede Veränderung in meinen/unseren Einkommens-, persönlichen, Vermögens- und Familienverhältnissen (auch die der Kinder), die Aufnahme einer Arbeit (auch vorübergehender Art), jede Krankenhausaufnahme (auch von kurzer Dauer) sowie die Beantragung bzw. Bewilligung von Renten oder sonstiger Leistungen werde(n) ich/wir stets sofort und unaufgefordert dem Amt für Soziales und Wohnen mitteilen.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich mich/wir uns durch Unterlassung oder durch falsche oder unvollständige Darstellung meiner/unserer Lage strafbar mache(n) und die dadurch unberechtigt erhaltenen Leistungen zurückzahlen muss/müssen.

Darüber hinaus bin ich/sind wir darauf hingewiesen worden, dass die Sozialhilfe zu ersetzen ist, soweit die gesetzlichen Bestimmungen das vorsehen.

Andere Behörden ermächtige(n) ich/wir zur Auskunftserteilung über meine/unsere Einkommens- und Vermögensverhältnisse.

Falls ich/wir auf Veranlassung des Amtes für Soziales und Wohnen durch das Gesundheitsamt oder andere Stellen und Ärzte untersucht werde(n), entbinde(n) ich/wir diese von der Schweigepflicht.

Ich bin/Wir sind darüber unterrichtet worden, dass die Sozialhilfegewährung und meine/unsere wirtschaftlichen Verhältnisse unter Umständen den unterhaltspflichtigen Personen wegen Heranziehung zum Unterhalt bekannt gegeben und die Unterhaltspflichtigen im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit evtl. zum Unterhalt herangezogen werden müssen.

Ich/Wir habe(n) hiergegen nichts bzw. Folgendes einzuwenden:

Ich bin/Wir sind davon unterrichtet worden, dass das Erfassen, Speichern und Veränderung der nach meinen Angaben erhobenen personenbezogenen Daten nach § 118 Sozialgesetzbuch 12. Teil (SGB XII), § 79 Sozialgesetzbuch (SGB) Zehntes Buch in Verbindung mit § 9 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) zulässig ist. Außerdem bin ich/sind wir damit einverstanden, dass zwischen dem Amt für Soziales und Wohnen und dem Rechts- und Versicherungsamt zur Prüfung bestehender bzw. zukünftig entstehender Rentenansprüche sowie für interne statistische Zwecke notwendige Daten ausgetauscht werden können. Eine Durchschrift dieser Erklärung wurde mir/uns heute ausgehändigt.

Datum:

Tag der ersten Vorsprache:

**v.g.u.**

Unterschrift (Hilfesuchende(r))

Unterschrift (Ehegatte/Partner(in))

ausgewiesen durch:

ausgewiesen durch:

Unterschrift Bevollmächtigte(r)

Unterschrift Bevollmächtigte(r)

ausgewiesen durch:

ausgewiesen durch:

**g.w.o.**

Name:

Unterschrift Sachbearbeiter(in)

Telefon:

## 12. Schlusserklärung

Ich/Wir versichere(n), dass die von mir/uns gemachten Angaben, insbesondere über meine/unsere Einkommens-, Vermögens- und persönlichen Verhältnisse richtig und vollständig sind.

Mein Ehegatte und ich bevollmächtigen uns gegenseitig, die dem anderen Ehegatten und meinen/unsere(n) Kindern bewilligte Leistungen in Empfang zu nehmen.

Jede Veränderung in meinen/unsere(n) Einkommens-, persönlichen, Vermögens- und Familienverhältnissen (auch die der Kinder), die Aufnahme einer Arbeit (auch vorübergehender Art), jede Krankenhausaufnahme (auch von kurzer Dauer) sowie die Beantragung bzw. Bewilligung von Renten oder sonstiger Leistungen werde(n) ich/wir stets sofort und unaufgefordert dem Amt für Soziales und Wohnen mitteilen.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich mich/wir uns durch Unterlassung oder durch falsche oder unvollständige Darstellung meiner/unsere(n) Lage strafbar mache(n) und die dadurch unberechtigt erhaltenen Leistungen zurückzahlen muss/müssen.

Darüber hinaus bin ich/sind wir darauf hingewiesen worden, dass die Sozialhilfe zu ersetzen ist, soweit die gesetzlichen Bestimmungen das vorsehen.

Andere Behörden ermächtige(n) ich/wir zur Auskunftserteilung über meine/unsere Einkommens- und Vermögensverhältnisse.

Falls ich/wir auf Veranlassung des Amtes für Soziales und Wohnen durch das Gesundheitsamt oder andere Stellen und Ärzte untersucht werde(n), entbinde(n) ich/wir diese von der Schweigepflicht.

Ich bin/Wir sind darüber unterrichtet worden, dass die Sozialhilfegewährung und meine/unsere wirtschaftlichen Verhältnisse unter Umständen den unterhaltspflichtigen Personen wegen Heranziehung zum Unterhalt bekannt gegeben und die Unterhaltspflichtigen im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit evtl. zum Unterhalt herangezogen werden müssen.

Ich/Wir habe(n) hiergegen nichts bzw. Folgendes einzuwenden:

Ich bin/Wir sind davon unterrichtet worden, dass das Erfassen, Speichern und Veränderung der nach meinen Angaben erhobenen personenbezogenen Daten nach § 118 Sozialgesetzbuch 12. Teil (SGB XII), § 79 Sozialgesetzbuch (SGB) Zehntes Buch in Verbindung mit § 9 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) zulässig ist. Außerdem bin ich/sind wir damit einverstanden, dass zwischen dem Amt für Soziales und Wohnen und dem Rechts- und Versicherungsamt zur Prüfung bestehender bzw. zukünftig entstehender Rentenansprüche sowie für interne statistische Zwecke notwendige Daten ausgetauscht werden können. Eine Durchschrift dieser Erklärung wurde mir/uns heute ausgehändigt.

Datum:

Tag der ersten Vorsprache:

**v.g.u.**

Unterschrift (Hilfesuchende(r))

Unterschrift (Ehegatte/Partner(in))

ausgewiesen durch:

ausgewiesen durch:

Unterschrift Bevollmächtigte(r)

Unterschrift Bevollmächtigte(r)

ausgewiesen durch:

ausgewiesen durch:

**g-w-o.**

Name:

Unterschrift Sachbearbeiter(in)

Telefon: