

Einreisedatum (Deutschland)	
Zuweisungsdatum	Datum: Aktenzeichen:
AZR-Nummer (wenn bekannt)	
Datum der Asylantragstellung	Datum: Bamf-Az:
Beruf	
Corona-Impfung Diese Angaben sind freiwillig	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> genesen <input type="checkbox"/> 2x geimpft <input type="checkbox"/> geboostert (3. Impfung) Impfungen mit: <input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> anderer:

Kontaktdaten: Die Angaben sind freiwillig und können jederzeit widerrufen werden. Wir geben die Daten auch nicht an andere weiter.

Zustimmung: Wenn Kontaktdaten (z.B. eine E-Mail-Adresse) angegeben werden, stimme ich/stimmen wir auch einer Kontaktaufnahme und Kommunikation darüber zu (z.B. mit E-Mail); solange, bis ich/wir diese Zustimmung widerrufe/n.



2) Weitere Personen im Haushalt

	Person 2	Person 3
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Verwandschafts-Verhältnis		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrenntlebend <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrenntlebend <input type="checkbox"/> verwitwet
Ausweisdokument + Passnumm		
Einreisedatum (Deutschland)		
Zuweisungsdatum	Datum: Aktenzeichen:	Datum: Aktenzeichen:
AZR-Nummer (wenn bekannt)		
Datum der Asylantragstellung	Datum: Bamf-Az:	Datum: Bamf-Az:
Beruf		
Corona-Impfung Diese Angaben sind freiwillig	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> genesen <input type="checkbox"/> 2x geimpft <input type="checkbox"/> geboostert (3. Impfung) Impfungen mit: <input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> anderer:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> genesen <input type="checkbox"/> 2x geimpft <input type="checkbox"/> geboostert (3. Impfung) Impfungen mit: <input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> anderer:

	Person 4	Person 5
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Verwandschafts-Verhältnis		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrenntlebend <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrenntlebend <input type="checkbox"/> verwitwet
Ausweisdokument + Passnummer		
Einreisedatum (Deutschland)		
Zuweisungsdatum	Datum: Aktenzeichen:	Datum: Aktenzeichen:
AZR-Nummer (wenn bekannt)		
Datum der Asylantragstellung	Datum: Bamf-Az:	Datum: Bamf-Az:
Beruf		
Corona-Impfung Diese Angaben sind freiwillig	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> genese <input type="checkbox"/> 2x geimpft <input type="checkbox"/> geboostert (3. Impfung) Impfungen mit: <input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> anderer:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> genesen <input type="checkbox"/> 2x geimpft <input type="checkbox"/> geboostert (3. Impfung) Impfungen mit: <input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> anderer:

Wenn noch mehr Personen im Haushalt sind, schreiben Sie die Daten bitte auf ein extra Blatt und legen dieses zum Antrag dazu.

3) Ich / Wir haben folgendes Einkommen (im Ausland und/oder in Deutschland)

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei.

4) Ich / Wir haben folgendes Vermögen (im Ausland und/oder in Deutschland)

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei.

5) Ich / Wir haben bereits bei folgenden Behörden Leistungen beantragt

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei sowie den Namen und die Adresse der Behörde und was Sie dort beantragt haben.

6) Unterhaltspflichtige Angehörige, z.B. Eltern, Ehepartner, Kinder

Bitte hier die Namen, Geburtstage und Adressen eintragen.

7) Bankverbindung (falls vorhanden, bitte Nachweis beilegen)

Name der Bank	
BiC	
IBAN	

8) Besonderheiten, sonstige Angaben

Bemerkungen, ggf. gesundheitliche Einschränkungen, Hemmnisse usw.

9) Helfer*innen, Ansprechpartner*innen, Übersetzungshelfer*innen (Namen und Kontaktdaten)

Ich habe den Antrag verstanden und versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben strafbar mache und dass ich zu Unrecht bezogene Leistungen erstatten muss.

Ich nehme zur Kenntnis: Die Datenerhebung und –verarbeitung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt im Rahmen der Datenschutz-Grundverordnung und der entsprechenden Gesetze. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Sozialleistungen erhält nicht, wer sich selbst helfen kann oder wer die Hilfe von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält.

Es ist Ihre Pflicht, jeden Anspruch auf vorrangige Leistungen geltend zu machen und dem FD Sozialdienst Zuwanderung und Asylangelegenheiten dieses unverzüglich mitzuteilen.

Jede Änderung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse sind dem FD Sozialdienst Zuwanderung und Asylangelegenheiten beim Landkreis Marburg-Biedenkopf unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen. Dazu gehören insbesondere Änderungen in den Aufenthalts-, Wohn-, Arbeits-, Einkommens- und Familienverhältnissen sowie Änderungen des asylrechtlichen und ausländerrechtlichen Status von Ihnen und Ihren Kindern.

Unberechtigter Bezug von Sozialleistungen kann strafrechtliche Folgen haben.

Ich bestätige, dass ich die Belehrung verstanden habe.

Unterschriften von allen Personen ab 18 Jahre.

Ort, Datum	Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift