LANDRATSAMT
BODENSEEKREIS

Amt für Migration und Integration

Eingangsstempel

Antrag auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) für Kriegsflüchtlinge aus der Ukraine

Persönliche Daten Персональні дані:		
	Antragsteller/in Заявник	**Ehegatte/Ehegattin** **Lebenspartner/in** **Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft** Подружжя або цивільний партнер
Name **(ggf. Geburtsname)** прізвище, ім'я при народженні (якщо є)		
Vorname Ім'я		
Geburtsdatum дата народження		
Geburtsort Місце народження		
Geburtsland Країна народження		
Geschlecht Стать	☐ m ♂ ☐ w ♀ ☐ d ⚥	☐ m ♂ ☐ w ♀ ☐ d ⚥
Staatsangehörigkeit Громадянство		
Familienstand Сімейний стан		

Kosten der Unterkunft вартість проживання		
Anschrift адреса:		
Sofern es sich hierbei nicht um eine eigene, abgeschlossene Wohnung handelt: Якщо це невласна квартира будь ласка, вкажіть ім'я власника, яке також є на поштовій скриньці в лінію c/o		
Wohnhaft bei: проживаємо за адресою:	**c/o**	
Monatliche Grundmiete: Щомісячна базова орендна плата	**Nebenkosten** додаткові витрати на квартиру:	**Bitte Nachweise über Kosten der Unterkunft beilegen** Будь ласка, додайте підтвердження вартості проживання
€	€	
Bitte legen Sie dem Antrag auch eine Kopie der Anmeldebestätigung bei! **Stellen Sie bitte sicher, dass Ihr Briefkasten mit Ihrem Namen beschriftet ist.** До заявки також додайте копію підтвердження реєстрації. Будь ласка, переконайтеся, що ваша поштова скринька має ярлик із вашим іменем.		

Kinder und weitere Personen die im Haushalt leben Діти та інші особи, які проживають у домогосподарстві				
	weitere Person 1	**weitere Person 2**	**weitere Person 3**	**weitere Person 4**
Name Прізвище				
Vorname Ім'я				
Geburtsdatum дата народження				
Geburtsort Місце народження				
Geburtsland Країна народження				
Geschlecht Стать	☐ m ♂ ☐ w ♀ ☐ d ⚥	☐ m ♂ ☐ w ♀ ☐ d ⚥	☐ m ♂ ☐ w ♀ ☐ d ⚥	☐ m ♂ ☐ w ♀ ☐ d ⚥
Staatsangehörigkeit Громадянство				
Familienstand Сімейний стан				
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller Відношення до заявника				

Bankverbindung / Банківські реквізити**:**

BIC:

IBAN:

Name der Bank:
назва банку

Kontoinhaber:
власник рахунку

Bitte Kontoauszüge der letzten 3 Monate vor Antragstellung vorlegen. Sie haben das Recht auf den Kontoauszügen den Verwendungsweck und den Empfänger von Ausgaben zu schwärzen, nicht jedoch den jeweiligen Betrag. Bei Einnahmen ist **keine** Schwärzung zulässig.
Будь ласка, надішліть банківські виписки за останні 3 місяці до подачі заявки. Ви маєте право затемнювати призначення та одержувача витрат у виписках з рахунку, але не відповідну суму. При отриманні грошей чорніння не допускається

☐ Ich verfüge über kein Bankkonto Я не маю банківського рахунку

Kontaktdaten контактні дані	
Telefonnummer: Номер телефону:	
E-Mailadresse Адреса електронної пошти	

Die Angabe ist freiwillig! Tragen Sie bitte nur Ihre eigenen Kontaktdaten ein. Sollen Dritte Informiert werden, benötigen wir eine entsprechende schriftliche Vollmacht.
Ця інформація є добровільною! Будь ласка, введіть лише власні контактні дані. Для інформування третіх осіб нам потрібна тільки відповідна письмова ненотаріальна довіреність.

Krankenversicherung Медичне страхування	
Besteht eine Krankenversicherung: Чи є медична страховка?	☐ **nein** (ні) ☐ **ja, bei** (Так у) **Name Krankenkasse:** Назва медичної страхової компанії **Versicherungsnr.** страховий номер:
Sofern zutreffend: Ende des letzten sozialversicherungs-pflichtigen Arbeitsverhältnisses in Deutschland: **Якщо застосовно:** Дата закінчення останнього працевлаштування, що підлягає сплаті соціальних внесків у Німеччині:	**Datum:** **Дата:**

Einkommen (auch im Ausland) aller im Haushalt lebenden Personen **Доходи (також за кордоном) усіх осіб, які проживають у домогосподарстві** **(z. B. Renten, Arbeitseinkommen, Arbeitslosengeld I, Unterhaltsleistungen, Unterhaltsvorschuss, Kindergeld, Elterngeld, sonstige Einkünfte)** **(наприклад: Пенсії, доходи від роботи, допомога по безробіттю I, аліменти, авансові аліменти, допомога на дитину, батьківська допомога, інші доходи)** **- Nachweise beifügen -** **-додати докази-**	
Art des Einkommens, ggf. Nennung des Arbeitgebers Вид доходу або назва роботодавця	EUR - Betrag Сума-EUR
	€
	€
	€
	€
	€
☐ **Ich und alle im Haushalt lebenden Personen verfügen über kein Einkommen.** **Я і всі, хто проживає в домогосподарстві, не маємо доходу**	

Vermögen (auch im Ausland) aller im Haushalt lebenden Personen Активи в євро (також за кордоном) усіх людей, які проживають у домогосподарстві **- Nachweise bitte beifügen -** -**Будь ласка, додайте докази-**		**im Wert von** **у вартості**
Bargeld und Bankguthaben (готівка та залишок у банках)		€
Bausparguthaben (ощадний рахунок)		€
Lebensversicherung (страхування життя)		€
Fonds / Aktien o. ä. (акції чи щось подібне)		€
Haus und Grundbesitz (власність будинку та землі)		€
Schmuck (ювелірні вироби)		€
Sonstige Wertgegenstände (інші цінності)		€
Kraftfahrzeug автомобіль	Baujahr_____, km-Stand_____ рік будівництва	€
☐ Ich und alle im Haushalt lebenden Personen besitzen kein Vermögen. Я та всі, хто проживає в домогосподарстві, не маємо активів		

Erklärung und Unterschrift

декларація і підпис

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) für die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erhoben.

Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Amt für Migration und Integration sowie ergänzend im Internet unter www.bodenseekreis.de/de/service/datenschutz.

Ці дані є предметом соціальної таємниці. Ваша інформація збирається на основі §§ 60-65 першої книги Соціального кодексу (SGB I) для отримання пільг відповідно до Закону про пільги для шукачів притулку (AsylbLG).

Ви можете отримати інформацію щодо законодавства про захист даних у Управлінні з міграції та інтеграції, що відповідає за вас, та додатково в Інтернеті за адресою: www.bodenseekreis.de/de/service/datenschutz.

Vollständige und richtige Angaben:
Ich versichere, dass alle Angaben, auch soweit sie in Anlagen zum Antrag zu machen sind, richtig und vollständig sind. Insbesondere bestätige ich, dass ich und/oder die im Haushalt lebenden Personen keine weiteren Einnahmen als die angegebenen haben, auch nicht aus gelegentlicher Nebentätigkeit. Mir ist bekannt, dass Leistungen nur gewährt werden können, wenn der Antrag vollständig und richtig ausgefüllt ist und die erforderlichen Nachweise vorgelegt werden, und dass eine Verweigerung von Angaben zu einer Versagung/Entziehung der Leistungen führen kann.

Повна та правильна декларація:
Я підтверджую, що вся інформація, в тому числі та, яка буде подана у додатках до заявки, є правильною та повною. Зокрема, я підтверджую, що я та/або особи, які проживають у домогосподарстві, не мають жодного доходу, крім зазначеного, навіть від випадкової вторинної роботи.
Я знаю, що пільги можуть бути надані лише за умови повного та правильного заповнення заявиі якщо надані необхідні докази. Я знаю також щось відмова в наданні інформації може призвести до відмови/зняття пільг.

Änderung der Verhältnisse:
Mir ist bekannt, dass Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind unverzüglich mitgeteilt werden müssen.

Зміна обставин:
Я знаю, що зміни´обставин необхідно негайно повідомити.

_____	_____
Ort/Datum Місце, дата	**Unterschrift Antragsteller/in** Підпис заявника

LANDRATSAMT
BODENSEEKREIS

Amt für Migration und Integration

Anlage Merkblatt zum Antrag auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Allgemeine Hinweise

Die Leistungen sind auf ein menschenwürdiges Existenzminimum ausgerichtet. Rechtsgrundlage für die Leistungen und die Leistungshöhe ist das AsylbLG.

Die Leistungsgewährung erfolgt grundsätzlich unter der Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen. Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG haben keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II oder XII oder vergleichbaren Landesgesetzen.

Leistungsberechtigte haben keinen Anspruch auf Leistungen nach den §§ 2, 3 und 6 AsylbLG und erhalten eingeschränkte Leistungen nach § 1a AsylbLG, wenn

- sie sich in den Geltungsbereich des AsylbLG begeben haben um Leistungen nach diesem Gesetz zu erlangen,
- für sie ein Ausreisetermin feststeht oder bei aus von Ihnen selbst zu vertretenden Gründen aufenthaltsbeendende Maßnahmen nicht vollzogen werden können,
- sie bereits in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem anderen, am Verteilmechanismus teilnehmenden Drittstaat ein Aufenthaltsrecht besitzen,
- sie ihrer Mitwirkungspflichten nach dem Asylgesetz nicht oder nicht vollständig nachkommen.

Eingeschränkte Leistungen umfassen lediglich Leistungen zur Deckung des Bedarfs an Ernährung und Unterkunft einschließlich Heizung sowie Körper- und Gesundheitspflege.

Mitwirkungspflicht, Folgen fehlender Mitwirkung, Kostenersatz

Wer Leistungen nach dem AsylbLG beantragt oder bereits erhält, hat insbesondere alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung von Auskünften Dritter zuzustimmen.

Änderungen in den wirtschaftlichen oder persönlichen Verhältnissen, welche für die Leistung erheblich sind oder Änderungen in sonstigen Verhältnissen über die im Zusammenhang mit der Antragstellung Erklärungen abgegeben wurden, sind unverzüglich mitzuteilen. Entsprechende Nachweise sind vorzulegen, insbesondere auf Verlangen des Leistungsträgers.

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 (§ 60 bis 66 SGB I).

Leistungsberechtigte, die eine Erwerbstätigkeit aufnehmen, haben dies spätestens am dritten Tag nach der Aufnahme der Erwerbstätigkeit dem Amt für Migration und Integration, Sachgebiet Leistungsverwaltung, mitzuteilen (§ 8a AsylbLG). Wer entgegen seiner Mitwirkungspflicht nach § 8a AsylbLG vorsätzlich oder fahrlässig eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig abgibt, kann mit einer Geldbuße von bis zu 5.000,00 € belangt werden.

Ist der Tatbestand des Betruges nach § 263 Strafgesetzbuch erfüllt muss mit strafrechtlicher Verfolgung gerechnet werden.

Zu Unrecht erbrachte Leistungen sind zu erstatten.

Hinweise zur eingeschränkten Krankenhilfe nach § 4 AsylbLG

Im Rahmen des Asylleistungsbezuges nach § 3 AsylbLG besteht Anspruch auf eingeschränkte Krankenhilfe nach § 4 AsylbLG.

Dies bedeutet, dass im Krankheitsfall lediglich die Akutbehandlung von Erkrankungen und Schmerzzuständen ohne vorherige Kostenübernahmezusage durchgeführt werden darf.

Darüberhinausgehende Behandlungs- und Verordnungsmaßnahmen (auch die Versorgung mit Heilmitteln) bedürfen der vorherigen Kostenzusage durch das Sachgebiet Leistungsgewährung (SG II) des Amtes für Migration und Integration (AMI).

Davon ausgenommen sind:

- Leistungen der Mutterschaftsvorsorge bzw. Kinderrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen
- öffentlich empfohlene Schutzimpfungen
- Leistungen im Zusammenhang mit nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen

Zu beachten ist hierbei folgendes:

1. Grundsätzlich ist vor Behandlungsbeginn dem Arzt ein gültiger Behandlungsausweis (erhältlich beim AMI) vorzulegen. Dies gilt auch für jedes weitere Quartal bei Fortdauer der Behandlung. Dies gilt nicht, wenn die Behandlung wegen Eilbedürftigkeit durchgeführt werden muss.
2. Anspruch auf Besuchsbehandlung besteht nur, wenn das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxisräumen wegen Krankheit nicht möglich ist.
3. Verordnungen von Hilfsmitteln sind dem AMI zur vorherigen Genehmigung vorzulegen.
4. Verordnungen von Krankenhauspflege sind vor Aufsuchen des Krankenhauses durch das AMI zu genehmigen. Dies gilt nicht, wenn wegen Eilbedürftigkeit sofortige stationäre Behandlung notwendig ist.

Die gelbe „Kurzinfo zur Krankenhilfe“ ist bei jedem Arztbesuch vorzulegen. Behandlungsausweise werden grundsätzlich 1x pro Quartal für den Hausarzt ausgestellt. Sollten Behandlungen durch einen Facharzt notwendig sein, ist eine entsprechende Überweisung durch den Hausarzt auszustellen.

Fahrtkosten im Rahmen der Krankenhilfe sind nur dann durch das AMI zu übernehmen, wenn sie einen unmittelbaren, funktionalen Bezug zur erforderlichen ärztlichen Behandlung haben und aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Es werden lediglich Fahrten **zu** einer Behandlung übernommen. Vorrangig sind öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen.

Anspruchsberechtigte auf Krankenhilfe nach § 4 AsylbLG sind von der **Zuzahlung** zu Arzneimitteln befreit. Dies ist durch den Arzt auf etwaigen Verordnungen korrekt zu vermerken.

Entfällt der Anspruch auf eingeschränkte Krankenhilfe darf ab dem Tag, an dem der Anspruch entfällt weder ein Behandlungsausweis noch eine gelbe Kurzinfo verwendet werden. Behandelnde Ärzte sind über den Wechsel des Kostenträgers der Krankenhilfe zu informieren.

Einwilligung zur Weiterleitung von Daten in Krankenhilfefällen

Im Rahmen der eingeschränkten Krankenhilfegewährung nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz können nur Leistungen erbracht werden, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände medizinisch notwendig sind.

Für diese Prüfung bedarf es medizinischer Kenntnisse. Es erfolgt daher eine Begutachtung durch das Gesundheitsamt Bodenseekreis. Für die Datenweitergabe ist Ihre Einwilligung notwendig. Weitergegeben werden: Ihre personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Geschlecht, Staatsangehörigkeit) sowie Daten zur jeweils geplanten Maßnahme inklusive vorliegender Befunde. Die Einwilligung endet automatisch mit dem Ende des Leistungsbezuges nach dem AsylbLG und kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der personenbezogenen Daten in der Vergangenheit bleibt von diesem Widerruf aber unberührt.

Sollte dieser Einwilligung nicht zugestimmt werden, kann keine Prüfung erfolgen. Dies hat zur Folge, dass i.d.R. **keine** Behandlungskosten gemäß § 4 AsylbLG übernommen werden können.

Die Einwilligung ist von jeder Person ab 16 Jahren selbst zu unterschreiben. Für Kinder unter 16 ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten notwendig.

Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit dem Antrag wieder bei uns ein.

Name	Vorname	Geburts-datum	Unterschrift