

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 Leistungsmisbrauch 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, in den häuslichen Verhältnissen (z. B. durch Zu- oder Wegzug von Personen) sowie die Beantragung (und Leistungsgewährung) von Sozialhilfe bei anderen Trägern der Sozial-/Eingliederungshilfe, z. B. die Aufnahme in ein Ambulant Betreutes Wohnen.

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.

Datenschutzrechtliche Informationen

Ich bestätige, dass mir die Anlage „Datenschutzrechtliche Informationen“ ausgehändigt wurde.

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
---------------------	--	---

Anlage

Datenschutzrechtliche Informationen nach Artikel 13 Abs. 1 und 2 DSGVO

zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Stadt Chemnitz im Zusammenhang mit Ihrem Antrag auf Leistungen des Sozialamtes

Die dazu erforderlichen Daten werden direkt bei Ihnen erhoben.

Die nachfolgenden Angaben sollen Sie insbesondere darüber informieren, wie die Stadt Chemnitz mit Ihren Daten umgeht und welche Rechte und Pflichten Sie in diesem Zusammenhang haben. So wird eine transparente und faire Datenverarbeitung im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere mit den Regelungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), sichergestellt.

1 Verantwortliche/r für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten in o. g. Angelegenheit ist:

Stadt Chemnitz

Sozialamt

Bahnhofstraße 53, 09111 Chemnitz

Telefon: 0371 488-0

E-Mail: sozialamt@stadt-chemnitz.de

2 Datenschutzbeauftragte/r

Stadt Chemnitz

Datenschutzbeauftragte

09106 Chemnitz

Telefon: 0371 488-0

Fax: 0371 488-1992

E-Mail: datenschutz@stadt-chemnitz.de

3 Zweck der Verarbeitung

Die Stadt Chemnitz verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zu folgendem Zweck:

Durchführung der Aufgaben des Sozialamtes der Stadt Chemnitz

4 Rechtsgrundlagen

Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage von:

Art. 6 Abs. 1 c, e DSGVO, §§ 21 Abs. 4, 67 a ff. SGB X

Darüber hinaus ist gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO eine Datenverarbeitung auch zulässig, wenn Sie Ihre Einwilligung erteilt haben.

5 Empfänger oder Kategorien von Empfängern

Der Verarbeitungszweck erfordert die Offenlegung der Daten an Dritte, wie z. B. andere Ämter der Stadt Chemnitz oder Behörden und Stellen außerhalb der Stadtverwaltung.

ja nein

Empfänger der personenbezogenen Daten können vorliegend sein:

Bitte beachten Sie, dass im Folgenden nur eine beispielhafte Aufzählung erfolgt. Die Empfänger der personenbezogenen Daten hängen von den konkreten Erfordernissen im Einzelfall ab:

- andere Sozialleistungsträger
- andere Ämter der Stadt Chemnitz
- Unterhaltspflichtige (Feststellung und Verfolgung von Unterhaltsansprüchen)
- Finanzamt (Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Antragstellers, Leistungsberechtigten, Unterhaltsverpflichteten)
- andere Behörden und Stellen außerhalb der Stadtverwaltung Chemnitz
- Leistungserbringer (Ausführung von Pflegeleistungen, Leistungen der Eingliederungshilfe, der Schuldnerberatung, aus dem Bildungs- und Teilhabepaket)
- Gerichte, Polizeibehörden (Durchführung von gerichtlichen oder Strafverfahren)
- Gutachter

Eine Übermittlung personenbezogener Daten an Drittländer erfolgt nicht.

6 Dauer der Speicherung

Ihre personenbezogenen Daten werden für die Dauer von zehn Jahren nach der Einstellung der Leistungen gespeichert.

7 Betroffenenrechte

Sie haben das Recht, von der Stadt Chemnitz eine Bestätigung zu verlangen, ob personenbezogene Daten, die Sie betreffen, verarbeitet werden. Liegt eine solche Verarbeitung vor, kann auf Antrag Auskunft über alle verarbeiteten Daten verlangt werden (Art. 15 DSGVO).

Ihnen stehen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen zudem folgende Rechte zu:

- Recht auf Berichtigung Sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten (Art. 16 DSGVO)
- Recht auf Löschung personenbezogener Daten (Art. 17 DSGVO)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung personenbezogener Daten (Art. 18 DSGVO)
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten (Art. 21 DSGVO)

8 Beschwerderecht

Sie haben nach Art. 77 DSGVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Aufsichtsbehörde ist:

Der Sächsische Datenschutzbeauftragte
Kontor am Landtag
Devrientstraße 5
01067 Dresden.

9 Verpflichtung zur Bereitstellung

- Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist für die Bearbeitung des o. g. Zwecks erforderlich.

Sie ist dafür gesetzlich vorgeschrieben.

ja, Rechtsgrundlage dafür ist: § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)

nein

- Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist vertraglich vorgeschrieben oder für einen Vertragsabschluss erforderlich.

Die Nichtbereitstellung der Daten hätte folgende Konsequenz:

Der Antrag auf Leistungen des Sozialamtes könnte nicht bearbeitet bzw. die Leistungen nicht bewilligt und ausgeführt werden. Sie müssten mit einer teilweisen oder vollumfänglichen Ablehnung oder Einstellung der beantragten Leistungen rechnen.

10 Entscheidungsfindung

Es erfolgt eine automatisierte Entscheidungsfindung.

ja nein

11 Weitere Informationen

Weitergehende allgemeine Informationen erhalten Sie unter anderem auf der Internetseite des Sächsischen Datenschutzbeauftragten, <http://www.saechsdsb.de>.

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"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/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 erfolgen kann und aufenthaltsbeendende 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			
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			
Aufenthaltstitel vorhanden	<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			

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	

Eingangsvermerk/-stempel

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.		
Haben Sie oder eine im Haushalt lebende Person folgende Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Pflegebett <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Badewannenlift außerhalb der Wanne		
Besteht für eine oder mehrere Person/en in dieser Wohnung freies Wohnrecht? (Bitte entsprechenden Nachweis beifügen!) Name/n, Vorname/n <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Person/en:		

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!) Name/n, Vorname/n <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Person/en:				

Ich erhalte Leistungen des ambulant betreuten Wohnens (ABW) bzw. habe diese Leistungen beantragt:

nein 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/Sorgeberechtigte 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.

<hr/> Ort, Datum	<hr/> Unterschrift hilfesuchende Person bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgeberechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer	<hr/> 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

Die mir bewilligten Leistungen 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)

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

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

Eingangsvermerk/-stempel

Glaubhaftmachung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse

Ich versichere, dass ich in meinem Antrag auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) vom _____ **2022** keine wesentlichen Tatsachen über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse verschwiegen habe.

Insbesondere versichere ich, dass ich selbst sowie die zu meinem Haushalt gehörenden Personen

	Name, Vorname	Geburtsdatum
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

- keine** laufenden und einmaligen Einkünfte aus der Ukraine oder aus anderen Ländern oder in Deutschland (Bezüge, Einkommen, Renten jeglicher Art, Sozialhilfe usw.) beziehen.
- laufende und einmalige Einkünfte aus der Ukraine oder aus anderen Ländern oder in Deutschland beziehen (Bezüge, Einkommen, Renten jeglicher Art, Sozialhilfe usw.), und zwar
 _____ in Höhe von _____ Hrywna (UAH).
 _____ in Höhe von _____ Euro.

- keine** Bankkonten in der Ukraine oder im Ausland oder in Deutschland besitzen.
- Bankkonten in der Ukraine oder im Ausland oder in Deutschland besitzen, und zwar:

Bank	
IBAN	
Kontoinhaber	
Verfügungsberechtigte	
Kontostand	am: _____ in Höhe von: _____

Bank	
IBAN	
Kontoinhaber	
Verfügungsberechtigte	
Kontostand	am: _____ in Höhe von: _____

Bank	
IBAN	
Kontoinhaber	
Verfügungsberechtigte	
Kontostand	am: _____ in Höhe von: _____

- Ich habe Zugriff auf diese Konten (z. B. mit EC-Karte, Geldkarte, Kreditkarte, Onlinebanking).
- Ich habe **keinen** Zugriff auf diese Konten, weil (Gründe angeben):
-

Ich bestätige die Vollständigkeit, Richtigkeit und Wahrheit meiner Angaben.

Chemnitz, _____

Unterschrift Leistungsempfänger/in

Ich bin darüber belehrt, dass

- aufgrund falscher Angaben erhaltene soziale Leistungen zu Unrecht erbracht wurden und von mir zurückgezahlt werden müssen (§§ 45, 50 SGB X),
- vollstreckbare öffentlich-rechtliche Geldforderungen im Ausländerzentralregister eingetragen werden (§ 2 Abs. 2 Nr. 4 AZRG)
- das Sozialamt jeden Verdacht des Sozialleistungsbetruges zur Anzeige bringt.

Bewusst falsche Angaben im Zusammenhang mit dem Antrag auf soziale Leistungen können den Straftatbestand des Betruges (§ 263 StGB) erfüllen. Der Betrug kann mit bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe oder mit einer Geldstrafe bestraft werden.

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 zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Stadt Chemnitz

in Sachen:

Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Bevollmächtigter/Betreuer/gesetzlicher Vertreter	

Verantwortliche für die Datenverarbeitung:

Stadt Chemnitz Sozialamt, Amtsleitung 09106 Chemnitz	Telefon: 0371 488-0 E-Mail: sozialamt@stadt-chemnitz.de
--	--

Hinweis: Die Erteilung der Einwilligung ist Ihre freie Entscheidung. Die Einwilligung kann verweigert werden. Die Verweigerung bewirkt, dass der nachfolgend genannte Zweck nicht erreicht/umgesetzt werden kann. Sonstige Nachteile entstehen Ihnen daraus nicht.

Einwilligung

Ich bin umfassend gemäß Artikel 13 Abs. 1 und 2 DSGVO zur Datenverarbeitung in o. g. Angelegenheit informiert. Die Informationen

wurden mir ausgehändigt.

habe ich der Internetseite der Stadt Chemnitz entnommen und gelesen.

Ich willige hiermit ein, dass die Stadt Chemnitz, Sozialamt, Sg Leistung, zu meiner Person folgende **personenbezogenen Daten**:

Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, Gesundheitsdaten wie ärztliche Diagnosen, Gutachten

zu folgendem **Zweck** verarbeitet:

Prüfung und Entscheidung über Ansprüche nach dem AsylbLG

Die Datenverarbeitung beschränkt sich auf die notwendigen Erfordernisse. Diese bestehen insbesondere in folgendem **Umfang**:

- Erhebung meiner Daten bei den nachfolgend genannten Stellen
- die nachfolgend genannten Stellen dürfen auf Verlangen Auskunft erteilen; das betrifft insbesondere die Übermittlung aller mit meinen Ansprüchen zusammenhängenden Informationen und Unterlagen
- Übermittlung der personenbezogenen Daten an folgende Fachämter oder Institutionen innerhalb der Stadtverwaltung Chemnitz, da dies die Bearbeitung zu o. g. Zweck erfordert:
 - Sozialamt, Abt. 50.4
 - Ausländerbehörde
 - Gesundheitsamt
- Übermittlung an folgende Dritte, da dies die Bearbeitung erfordert:
 - Jobcenter Chemnitz (Leistung/Fallmanagement)
 - Bundesagentur für Arbeit/Agentur für Arbeit Chemnitz
 - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)
 - Landesdirektion Sachsen
 - freie Träger:
 - AG In- und Ausländer e. V.
 - AWO Kreisverband Chemnitz und Umgebung e. V.
 - Diakonie Stadtmission Chemnitz
 - GGG Grundstücks- und Gebäudewirtschaftsgesellschaft m. b. H.
 - WuV Wohn- und Verwaltungsgesellschaft Chemnitz GmbH
 - Rückkehrberatung des DRK-Kreisverbandes Chemnitz Umland e. V. GmbH
 - Sonstige:

Die vorstehend angegebenen Daten beinhalten auch besonders schützenswerte Kategorien von Daten im Sinne des Art. 9 Abs. 1 DSGVO, für die diese Einwilligung auch ausdrücklich gilt:

- Nein, das trifft nicht zu.
- Ja, das betrifft folgende Angaben:

- z. B. Gesundheitsdaten

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich gemäß Art. 21 DSGVO der Übermittlung von Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung an einen Arzt übermittelt werden müssen, widersprechen kann. Der Widerspruch ist an den o. g. Verantwortlichen für die Datenverarbeitung zu richten.

Ich kann die Einwilligung jederzeit für die Zukunft **widerrufen**.

Mir ist bekannt, dass die Datenverarbeitung, die aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgt ist, dennoch rechtmäßig bleibt. Ein Widerruf ist per E-Mail oder schriftlich an o. g. verantwortliche Stelle zu richten. Ein Widerruf bewirkt, dass eine weitere Verarbeitung der Daten nicht möglich ist und damit o. g. Zweck nicht weiterverfolgt werden kann, d. h. die beantragten Leistungen abgelehnt werden müssen, da das Vorliegen der Voraussetzungen für die Hilfe nicht festgestellt werden kann.