Antrag auf Sozialhilfe: Antragsbogen A Application for Sozialhilfe: Form A

Quelle / Source:

https://www.berlin.de/sen/gessoz/service/formulare/

Sprachen: Deutsch / Englisch veröffentlicht / published: Languages: German / Englisch 7.3.2016

*Achtung: Dieses Dokument ist eine Ausfüllhilfe. Bitte das Originalformular in deutscher Sprache ausfüllen und bei der Behörde abgeben!

Beim selbständigen Ausfüllen kann es zu Fehlern kommen. Das kann unbeabsichtigte Konsequenzen nach sich ziehen. Wir empfehlen daher, eine Beratungsstelle aufzusuchen.

Alle Übersetzungen sind nach bestem Wissen und Gewissen auf ehrenamtlicher Basis erstellt. Der KuB e. V. übernimmt keine Haftung.

* Please note: This document is a completion aid. Please fill out the original form in German and submit it to the agency.

If you fill it out yourself, you may make mistakes that have unintended consequences. We therefore recommend that you seek the assistance of an information center.

All translations are done by volunteers to the best of their knowledge. KuB e. V. does not incur liability in any case.

Bezirksa						Die Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung Ihres Antrags notwendig. Die gesetzlichen Grundlage				
	tsbereich ; mt für Gesu	<mark>S<i>ozialwese</i> ndheit und S</mark>		s B	erlin -			notwendig. Die ges ng der Daten entne		
ZLA -	T					beigefügten	า M	erkblatt.		
Antrag a	auf 📙	Sozialhilf	e nach	SG	B XII	Zutreffende bitte	utreffendes Sofern der vorgegebene ausreicht.		ebene Ra	ium nicht
		Leistunge	en nach	ı As	sylbl G	ankreuzen	n machen Sie bitte Ihre Anga			
	•	Lolotarige	311 11401	. ,	7,1020	und ausfüllen		 unter XI des Antr auf einem geson 		
Art der Hilfe						austuliett		- aui einem geson	derten bio	מננ <u> </u>
	einer Einrich einer Einricl									
Antragstelle	r/in (Persone	enziffer 1)				Ehegatte/L	.eb	enspartner/in (Pe	rsonenzif	fer 2)
Name, ggf. Geburt	tsname, Vornam	е						emeinsamen	keine w	
Geburtsdatum	Geburtsort/Kreis	s/I and		1		Haushalt				n auf dieser ır Anlage 1
Cosuitouatum	Copultoorartion	3/2dila			männl. weibl.	im geme	eins	samen Haushalt	Buchstal ausfüller	be A
¥			D:Ha /	مادد		Name, ggf, Geb	ourts	sname, Vorname	ausiuliei	<u> </u>
minderjähi	rig	→	Bitte A			, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		,		
Familianatand			ausfül	llen						
ledig	ver	heiratet			bitte	Geburtsdatum		Geburtsort/Kreis/Land		
eheähnlich	10	rennt	Seit		Anlage 1					
Gemeinsc eingetrage	nail lah	end		→	Buch- stabe A					
Lebenspar	rt_ yes	chieden witwet			ausfüllen					
nerschaft		witwei		l						I
Staatsangehörigk	eit		→		te Anlage 2	Staatsangehöri	_	ıt		bitte Anlage
deutsch ↓			7	au	sfüllen	deutsch ↓				2 ausfüllen
Personal-	usgestellt von (D	Dienststelle)		gül	tig bis	Personal-	aı	usgestellt von (Dienststel	lle)	gültig bis
dokument						dokument bitte				
bitte vorlegen						vorlegen				
	ne Leistunge	n erhalten			bisher keine L		e Leistungen erhal	ten		
bereits Lei	istungen erh	alten				bereits L ✓	_eis	stungen erhalten		
bis v	on (Dienststelle)			Ge	schäftszeichen		on (I	Dienststelle)		Geschäftszeichen
	t eine Betreu			bit				eine Betreuung	l I	oitte
	Betreuungsو t Beistandscl		- →		estallung eifügen			Betreuungsgesetz		Bestallung Seifügen
	triebene/r (A		<i>h</i>		sgestellt am	es besteht Beistandschaft beifügen Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) ausgestellt				
- Ausweis	A -		'/\			Auswe	is A	\ -	.51/111)	
Vertrieben - Ausweis	ne/r (Aussied	ler/in)				Vertriebe - Auswe		e/r (Aussiedler/in)		
- Ausweis Spätaussie				2114	sgestellt von	Spätaus				ausgestellt von
- Beschein	nigung (nach				enststelle)	- Besche	eini	gung (nach § 15 A	.bs. 1 ,	Dienststelle)
	d Registriers rwaltungsam		→					l Registrierschein d waltungsamtes	ies 🔫	
Ehegatte of	oder Abkömr				Ehegatte	e o	der Abkömmling	K		
eines Spät Spätaussie	taussiedlers edlerin	, einer				eines Sp Spätaus		aussiedlers / einer dlerin		
- Beschein	nigung (nach		2			- Besche	eini	gung (nach § 15 A		
	d Registriers rwaltungsam							l Registrierschein d waltungsamtes	ies	
Sowjetzon	enflüchtling					Sowjetzo	one	enflüchtling]	
- Ausweis		gültig bis	<i>)</i>		Merkzeich	- Auswei en (G, aG)		C - iltig bis	ノ Merkzeid	chen (G, aG)
ausweis		94.119 010			OINZOIOI	.5 (5, 45)	90	9 0.0	Sinzon	(0, 40)
(Kopie des Aubeifügen)	usweises	Antrag ge	stellt?		Ja	Nein	Ar	ntrag gestellt?	Ja	Nein
1		į .					1			

Bezirksamt	Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin		
Geschäftsbereich	Frie <mark>drichshain-Kreuzberg</mark> von Berlin		
	Lichtenberg von Berlin		
	Marzahn-Hellersdorf von Berlin		
	Mitte von Berlin	•	'
	Neukölln von Berlin		
	Pankow von Berlin		
	Reinickendorf von Berlin		
	Spandau von Berlin		
	Steglitz-Zehlendorf von Berlin		
	Tempelhof-Schöneberg von Berlin		
	Treptow-Köpenick von Berlin		

			UB	RSEIZUN		ATION			
☐ District authority Department		ial Weli	foro			nust answer all			
Regional Office for Hea					questions. The legal basis for the collection of data can be for on the sheet attached.				
Application for	Social Welfa			e with Chapter		s If the space provided		ficient, please	
, ippiroution for	12 01 1116 30				appropriate	enter your information	n		
	Benefits in Asylum Se				and fill out	• in Section XI	of the app	lication or	
	(AsylbLG)	CKCI3 DC	nems /	101		• on a separate			
Type of assistance	1								
within an institution									
outside an institution									
Main Applicant						rtner (Secondary A	(pplicant)		
Surname (with maiden na	me if applicable	e), first n	ame		not in a sh	ared household		er information	
						→	-	page; fill out	
Date of birth Birthplace/	region/country			male	☐in a shared	d household	Only Ann	nex 1 Part A	
				female	•				
<u> </u>		Please	e fill c	uit Annev 1	Surname (with	maiden name if applic	_ cable) first	name	
minor	Part B		ut Alliex T	Samame (with	тапаст пате п аррт	idoloj, iliot	name		
Family status	narried		· '	lease fill out	Date of birth	Birthplace/region/count	ry		
	ermanently	Since	A	nnex 1 Part					
partnership	eparated	-	A						
civil partnership	livorced		→						
	idowed								
Nationality	<u> </u>		nloas	se fill out	Nationality			please fill ou	
		~	Anne		l			Annex 2	
☐ German					☐ German J				
Please issued by (a	gency)		from	– until	Please	issued by (agency)		from – until	
provide	gency)		lioiii	– unui	provide	issued by (agency)		mom – unin	
document of					document of				
indentification					indentification				
no benefits previously rec	eived				no benefits	previously received			
benefits previously receive	∍d				benefits pre	viously received			
watil Black of inco			Defe		₩ DI	of in		Deference	
until Place of issu	ie		Rele	rence	until Pla	ace of issue	ľ	Reference	
I am receiving support from a le	egal representative		nloor	an ounnly	□ I am receiving	support from a legal representa	ative	nlagge gunnly	
in accordance with the Betreuur case that you are of full age)		- -	-	se supply mentation	in accordance case that you	support from a legal representa with the Betreuungsgesetz (in thare of full age)	he -	please supply	
I am receiving support from a le					am receiving	support from a legal representa at you are a minor)	_		
(in the case that you are a mind	<u>, </u>		ioo	ad on				inqued are	
Expellee (Emigrant) - Pa	SS A -		ISSU	ed on	Expellee (I	Emigrant) - Pass A -)	issued on	
Displaced Person (Emigra	ant) - Pass B -				Displaced F	Person (Emigrant) - Pass E	3 -		
Ethnia October 5	Caudification (on Bonokista C. "" "	- (in		
Ethnic German Repatriate accordance with Paragraph	15 Sub-section 1		issue	ed by	accordance	nan Repatriate - Certification with Paragraph 15 Sub-sec	tion 1		
ofthe BVFG (German Lawf and Refugees)) and Certific			(age		Persons and	(German Lawfor Displaced (Refugees)) and Certificate	e of	(agency)	
and Refugees)) and Certificate of Registration from the German Federal Office of Administration)				• •	Registration of Administr	from the German Federal	Office	. 5	
Spouse or offspring of an	,, <i>\</i>			Spouse or o	offspring of an Ethnic Gern Certification (in accordan	nan			
Repatriate - Certification (Paragraph 15 Sub-section	1 2 of the BVFG	u1			with Paragr	aph 15 Sub-section 2 of th	ne		
(German Law for Displace Refugees)) and Certificate	of Registration				and Refuge	man Law for Displaced Pe es)) and Certificate of			
from the German Federal Administration	Office of				Registration	n from the German Federa Iministration	<i>I</i> []		
ou duon						-			
Soviet zone refugee - ide	ntity document C	:-			Soviet zone	refugee - identity docume	ent C -		
		J					, J		
Severely Handicapped	from – unti	I		Type of pas	s (level of	from – until		ass (level of	
Pass (attach copy of				incapacity)			incapacit	<i>Ty)</i>	
pass)	Application	on submi	itted?	☐ Yes ☐	ΠNο	Application submitted	!?	es 🗆 No	
						,,,,			

Sozialversicherung		Sozialversicherung]			
keine	Krankenversichert bei	keine		Krankenversichert bei		
(Begründung auf Seite 4 -XI-)		(Begründung au				
rtomonvoroionorang	Rentenversichert bei	Rentenversiche	•	Rentenversichert bei		
Pflegeversicherung	Rentenversicherungsnummer	Pflegeversicher	Rentenversicherungsnummer			
	remenversionerungsnummer			remenversionerungsnummer		
Krankenversicherung: Pflichtversicherung Freiwillige Versicherung Familienversicherung * Private Versicherung		Krankenversicheru Pflichtversicher Freiwillige Vers Familienversich Private Versich	cherung Versicherung rsicherung *			
Betreuung der Krankenkassen	nach § 264 SGB V	Betreuung der	Krankenkasser	n nach § 264 SGB V		
Umfang bzw. Ausschluss der Ei	rwerbsfähigkeit	•				
•	Personenziffer 1		Personenziffe	r 2		
Sind Sie zurzeit erwerbstätig?	Nein	Ja	Nein	Ja		
	Tätigkeit:		Tätigkeit:			
	Arbeitgeber:		Arbeitgeber:			
Umfang der Erwerbsfähigkeit	nach - mindeste	nrer Einschätzung ins drei Stunden werbstätigkeit auf en Arbeitsmarkt	nach – mindestens drei Stunde täglich einer Erwerbstätigkeit auf der			
Liegt bei Ihnen eine bereits begutachtete volle Erwerbsminder nach § 43 Abs. 2 SGB VI vor? (EU-Rente)	rung Nein Ja u für welchen Zeitra	inbefristet: Ja Nein um?	Nein Ja unbefi Ja Nein Ja Nein Nein Nein Ja	ein		
Sind Sie pflegebedürftig im Sinne SGB XI Pflegeversicherungsgeset	72	Stufe:	Nein Ja Stufe:			
Auszubildender/Student - auch in Schulausbildung -		in Ausbildung / Studium als	Nein,	Ja, in Ausbildung / Studium als		
Name und Anschrift des derzeitige Arbeitgebers bzw. Angabe der Sch						
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	Nein Ja, Zo vom bis Wenn Ja: Bitte leg	uweisung jen Sie iterlagen vor.	vom b Wenn Ja: Bitte	a, Zuweisung is e legen Sie e Unterlagen vor.		

^{*} Wichtige Hinweise: Wenn Sie oder ihr Partner/ihre Partnerin das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können Sie oder ihr Partner/ihre Partnerin bei einem Elternteil familienversichert werden.

Wenn Sie oder ihr Partner/ihre Partnerin von ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner getrennt leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen familienversichert werden können.

Social insurance		Social insurance		
none (justification on Page 4 -XI-)	alth insurance provider	none (justification o	n Page 4 -XI-)	Health insurance provider
Pension insurance Pe	nsion insurance provider	Pension insurance Nursing care insura	nce	Pension insurance provider
Pe	nsion insurance number			Pension insurance number
Health insurance: Compulsory insurance Voluntary insurance Family insurance * Private insurance Support from Health Insurance Company in act (Volume 5 of the German Code of Social Law)	cordance with § 264 in SGB V	Health insurance: Compulsory insurance: Voluntary insurance * Private insurance Support from Health I (Volume 5 of the Gen	•	y in accordance with § 264 in SGB V al Law)
Extent of earning capacity or lo		1		
	Applicant 1		Applicant 2	
Are you currently employed?	□No	Yes	□No	Yes
	Type of work:		Type of work:	
	Employer:		Employer:	
Eaming capacity	estimation – perfo		perform at lea	according to your estimation – ast three hours per day work I labor market?
	Yes		☐ Yes	
	☐ No because		☐ No because)
Do you have a credited loss of earning capabi in accordance with Paragraph 43 Sub-section the SGB VI (Volume 6 of the German Code of Social Law)	2 of	nlimited time	□ No □ Yes	for unlimited time es
		No	□N	0
	For what period?		For what perio	od?
Are you in need of individual care as defined be the SGB XI Pflegeversicherungsgesetz (Long-Term Care Insurance Act, Volume 11 of German Code of Social Law)?	the No	evel:	□ No □ Yes	Level:
Trainee/student – including those attending school		in enticeship/university es for	□ No □	Yes, in apprenticeship/university studies for
Name and address of current employer or sch information	001			
Placement in a residential institution	□ No □ Yes		□ No □	Yes
	from to		from to	
	If yes: Please provided documentation.	de appropriate	If yes: Please documentation	e provide appropriate on.

^{*} Important notice: If you or your partner have not reached the age of 24, you or your partner can be covered as a familymember. If you or your partner live separated from your spouse/registered civil partner, it must be checked whether you can still be covered as a familymember.

	Haben Sie Leistungen nac SGB II beantragt?	h dem		bzw. Bewill gsbescheid		er Nach	Ja Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen			
	Kunden-Nr. der Agentur fü (falls vorhanden)									
		- Nicht vo		teller ausfü	Illen/Verme		<u> </u>			
	Mögliche Ausschlussgründ Hilfe zum Lebensunterhalt		Nein Ja				Nein Ja			
III.	Bankverbindung									
	Geldinstitut		Bankleitzahl		Kontonummer	•	Kontoinhab	er/in		
	IBAN				BIC		-			
IV.	Aufenthalt									
	Anschrift				Lage der Woh	nung/Etage	Telefonnum	mer (freiw	villige Angabe)	
	in Berlin seit	im Bezirk seit		zuletzt wohnh	aft					
V.	Unterkunft									
V.1	Mietwohnung →	Name und A	Anschrift de	s Vermieter	·s	Eigenl	heim	→	Bitte Anlag	ge .
	Hauptmieter/in					Eigent	tumswohnung	→	3 ausfüller	n,
	Untermieter/in →	Name des l	Hauptmiete	rs		☐ verwa	ndt :haftsgemeins	schaft	dann weite bei V.2	er
	Miete insgesamt (EUR/mtl.)	Warmwasserko	sten	Miete bezahlt	bis		nde (von/bis/EUR)		00. 7.2	
		(EUR/mtl.)						→	Bitte Anlag	ае
	Heizkostenvorschuss (EUR/mtl.)	Kabelfernsehen	ı (EUR/mtl.)		achweis ügen	Gekündig	ıt zum	→	6 ausfüller	
V.2	Größe der Unterkunft des	Antragsteller	S Gesam	ntwohnfläche (m	12)	Wohn	geld		Bitte	
	Anzahl der Zimmer ohne Küche/Ba	d				wird gezahlt Wohngeld wird nicht gezahlt			Bescheid beifügen	
		melheizung rale Warmwa	asserversor	gung O	fenheizung	Gashe			chtstrom- eicherheizur	ng
	Wohnraum wird → untervermietet	ahl vermieteter L	eerzimmer	Miete (EUR/mtl.)	Zahl ve	rmieteter möb	lierter Zimmer	•		
	Wohnraum kann G	rund						1		
	untervermietet werden									
	Wohnraum kann →									
	nicht untervermietet werden									
	Ich/Wir habe/n freies W	ohnrecht bei	i: Nan	ne:						
	Wenn Sie in einer stationä	ren	Anschrift	der Wehr	nung vor	der Ans	chrift dar	Wohnu	ing vor	der
	Einrichtung (z. B. Heim, Be			der Wohr in die Einri			chrift der nahme in die			uer
	Wohngemeinschaft, Krank									
	leben: Wo haben Sie vorher gev	vohnt								
	(gewöhnlicher Aufenthaltsc									

Have you applied for benefits in		Yes			_					
Social Security Code II (SGB II)?	•	Submit de	ocumentation	lo or notice of		Yes No Submit documentation or notice of granting or refusal				
Employment office customer nur one)	mber (if you have									
	- No	Not to be completed by the applicant/agency annotation								
Possible reasons for exclusion fr										
allowance										
.		yes				Yes				
		Ponk routin	a oodo	nhor		A coount hal	dor			
rmanciai insululion		bank routing	g code	Account nun	nber		Account non	aer		
IBAN				BIC						
Residence										
Address				Floor			Telephone r	number (voluntary entry)	
in Berlin since	in district since		last place of							
Type of accommodation	on									
☐ Apartment →	Name and ad	dress of la	ndlord					→	Please fill out	
Main tenant							ned flat	→	Annex 3, then	
☐ Subtenant →	Name of main t	tenant					se		continue at V.2	
	Marm water east		Pent noid until	1					Discos 6''	
rotarrent (LOPVIIIONIII)		3	nent pala until	Kent p	rasi uut (IIOI	munumeuk)	→	Please fill out Annex 6		
(EUR/month)		(EUR/month) Please enclose c			cance	cancelled as of				
		Total	floor space (m2	?)	□ F	Receiving h	ousing benef		Please enclose	
Number of rooms, not counting k	atchen/bathroom						g housing	7	notification	
heating \square			∏st	ove heating		as heating	-	☐ Off-pe	eak storage-heating	
							ms let	Rent (F	UR/month)	
Living space is sublet	I amply			, Ivania	. J. 01 101			.5/11 (2		
Living space can be sublet	Reason		l	l				1		
Living space cannot best										
☐ I/We have right of abode	through:					Lastı	name:			
assisted/sheltered living, hospita	l): Where have		the flat before a	ccommodatio	on in the			fore acco	mmodation in the	
	Employment office customer numone) Possible reasons for exclusion frallowance Bank details Financial institution IBAN Residence Address in Berlin since Type of accommodation Apartment Main tenant Subtenant Total rent (EUR/month) (EUR/month) Size of the accommodation of the Number of rooms, not counting the Number of rooms, not counting the Sublet Living space is sublet Living space can be sublet Living space cannot be sublet I when a residential institution assisted/sheltered living, hospital	Possible reasons for exclusion from welfare allowance Bank details Financial institution IBAN Residence Address in Berlin since in district since Type of accommodation Apartment → Name and add	Submit d granting of Employment office customer number (if you have one) - Not to be compossible reasons for exclusion from welfare allowance - Not to be compossible reasons for exclusion from welfare allowance - Not to be composite for exclusion from welfare for exclusion from welfare for exclusion for exclusion from welfare for exclusion from welfare for excl	Social Security Code II (SGB II)? Submit documentation granting or refusal Employment office customer number (if you have one) Not to be completed by the approximation of the applicant Number of rooms, not counting kitchen/bathroom Size of the accommodation of the applicant Number of rooms, not counting kitchen/bathroom Living space is sublet Living space cannot besublet If you live in a residential institution (e.g. a home, assisted/sheltered living, hospital): Where have Institution or rooms into the applicant of the flat before a assisted/sheltered living, hospital): Where have Size of the flat before a institution (e.g. a home, assisted/sheltered living, hospital): Where have Size of the flat before a institution (e.g. a home, assisted/sheltered living, hospital): Where have Size of the flat before a institution (e.g. a home, assisted/sheltered living, hospital): Where have Size of the flat before a institution (e.g. a home, assisted/sheltered living, hospital): Where have	Social Security Code II (SGB II)? Submit documentation or notice of granting or refusal Employment office customer number (if you have one) Not to be completed by the applicant/agen Possible reasons for exclusion from welfare No	Social Security Code II (SGB II)? Submit documentation or notice of granting or refusal - Not to be completed by the applicant/agency annumber (if you have one) - Not to be completed by the applicant/agency annumber of movements of the applicant institution Bank details Financial institution Bank routing code Account number BBAN BIC Residence Address Floor In Berlin since In district since In district since In district since In ast place of residence Type of accommodation And an tenant Subtenant Name and address of landlord Name of main tenant Cable television (EUR/month) (EUR/month) Cable television (EUR/month) CEUR/month) CEUR/month Cable television (EUR/month) CEUR/month Central heating Heating method/water heating Central heating Central hot water supply Living space is sublet Number of empty rooms let Rent (EUR/month) Number of full floor space (m2) Living space cannot be sublet If you live in a residential institution (e.g., a home, address of the flat before accommodation in the institution In the substitution In the substitution of the substitution (e.g., a home, address of the flat before accommodation in the institution	Social Security Code II (SGB II)? Submit documentation or notice of granting or refusal -Not to be completed by the applicant/agency annotation Possible reasons for exclusion from welfare allowance -Not to be completed by the applicant/agency annotation Possible reasons for exclusion from welfare allowance -Not to be completed by the applicant/agency annotation No allowance -Not to be completed by the applicant/agency annotation No allowance -Not to be completed by the applicant/agency annotation -Not great agency agency agency annotation -Not great agency	Submit documentation or notice of granting or refusal Financial institution	Submit documentation or notice of granting or refusal Employment office customer number (if you have only) -Not to be completed by the applicant/lagency annotation Possible reasons for exclusion from welfare allowance No	

Personen			
Wenn Ja, tragen Sie	ien im gemeinsamen Haushal bitte die weiteren Personen rsonen bitte Zusatzblatt verw	in der Reihenfolge des Geb	Ja Ne purtsdatums ein.
	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in / Partner/in			
Geschlecht	weiblich männlich	weiblich männlich	weiblich männl
Geburtsdatum Geburtsort			
	ledig	ledig	ledig
Familienstand			
	seit	seit	seit
	deutsch	deutsch	deutsch
Staatsangehörigkeit	andere:	andere:	andere:
	(sofern bereits eine Arbeitsgeneh-	(sofern bereits eine Arbeitsgeneh-	(sofern bereits eine Arbeitsgeneh-
	migung erteilt wurde, bitte beifügen)	migung erteilt wurde, bitte beifügen)	migung erteilt wurde, bitte beifüger
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?	Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?	Einschätzung nac mindestens drei Stun- täglich e Erwerbstätigkeit auf o allgemeinen Arbeitsm nachgehen?
	Ja Nein, weil	Ja Nein, weil	Ja Nein, weil
Haben die o.g. Personen Leistungen nach dem SGB II beantragt?	Ja Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	Ja Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	Ja Neir Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
	Nicht vom Antragsteller au		
Mögliche Ausschlussgründe	Nein	Nein	Nein
für die Hilfe zum Lebensunterhalt	Ja	Ja	Ja

	Personal relationship to t	the main applicant of other	people living in the same	household
1	Do other individuals live in the joint ho If yes, list the other individuals If there are four or more, please use a	in order of birth date.		☐ Yes ☐ No
Ì		Applicant 3	Applicant 4	Applicant 5
	Name (and maiden name if applicable)			
	First name			
	Family relationship to applicant/partner			
	Sex	female male	☐female ☐male	female male
	Date of birth Place of birth			
	Family status	☐ single ☐ since	☐ single ☐ since	☐ single ☐ since
	Nationality	German other (If a work permit has already been issued, please enclose it.)	German other (If a work permit has already been issued, please enclose it.)	German other (If a work permit has already been issued, please enclose it.)
	Employment office customer number (if you have one)			
	9 /	estimation – perform at least	Can he/she – according to your estimation – perform at least three hours per day work on the general labor market?	estimation - perform at least
		Yes No because	☐ Yes ☐ No because	☐ Yes ☐ No because
	Have the individuals listed above applied for benefits in accordance with Social Security Code II (SGB II)?	Yes No Submit documentation or notice of granting or refusal	Yes No Submit documentation or notice of granting or refusal	Yes No Submit documentation or notice of granting or refusal
	Employment office customer number (if you have one)			
		- Not to be completed by the	applicant/agency annotation	
	Possible reasons for exclusion from welfare allowance	□ No □ Yes	□ No □ Yes	□ No □ Yes
ı		L res	L res	res

VII.	Unterhaltspflich	ntige	e Angehöriç	ge außerhalb	des	Haushalts	(Kin	der, Elte	rn)		
	Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Geburts- tag, bzw. Alter	Familien- stand	sch ver	rwandt- nafts- hältnis zum tragsteller		sgeübte igkeit	Ansch	rift	Art und Höhe des Unter- haltsbeitrages
\ /!!!	Electrication of the settlement		- 1 14	1. V		Beträge (E	UR)	und Ang	abe des	s Zeitraumes (mt	l./wöchentl./tgl.)
VIII.	Einkünfte aller l	наи	snaitsange	_		33.3	- ,			eise beifügen	
	Bezeichnung	Ве	ewilligungs- stelle	Geschäftsze en, Renten- abrechnungs nummer, o. å	3 -	Personenzii	ffer	Persone 2	nziffer	Personenziffer 3	Personenziffer 4
	Nichtselbstän-										
	dige Tätigkeit (Erwerbseinkommen,										
	Ausbildungsvergütung										
	, Entgelt der Werkstatt										
	für behinderte										
	Menschen) Leistungen der Krankenkasse										
	(einschl. Arbeit-										
	geberzuschuss) Gewerbe-										
	betrieb										
	Land- und										
	Forstwirtschaft Sonstige										
	selbständige Tätigkeiten										
	Vermietung										
	und Verpachtung										
	Wohngeld/Last										
	enzuschuss										
	Renten / Pensionen _{(z. B.}										
	Rente wg. Erwerbs-										
	minderung, Altersrente,										
	Unfallrente, Landwirt- schaftliches Altersgeld,										
	Witwen- oder Waisen-										
	rente, Erziehungsrente,										
	Kinderzuschuss / -zulage, Pflegegeld zur										
	Rente, Werksrente,										
	Kindererziehungs-										
	leistung, Sonstige Renten / Pensionen)										

VII.	Dependants requ	iiring suppo	rt living outs	side	the house	hold	(childre	en, pare	ents)	
	Surname (with maide name if applicable), first name	Birthdate or age	Family status	rela	nily tionship to licant	work	ormed:	Address	3	Type and amount of alimony
VIII.	Income of all per	sons in the	household		Amo	unts (y of payments (m	onthly/weekly/daily).
	Designation A	warding authority	company refere number, pensi reference et	ion	Applicant	1	Applic		Applicant 3	Applicant 4
	Income from employment (Job income, education maintenance, renumeration from sheltered workshop)									
	Benefits from health insurance (including employer contribution)									
	Commercial operation	n								
	Agriculture and forest	try								
	Other self-employed activities									
	Rent and lease from property									
	Housing Benefits									
	Annuities/Pension									
	(e.g. Annuities due to reduction in earning capacidold age pension, accident annuity, agricultural pension, widow's/orphan's pension, child benefits, child allowanne care allowance on top of pension, company pensions any other forms of annuities or pension)	n, ce, s,								
Übe Mig	rsetzungen erstellt d ant_innen (Berlin): v	lurch das Proje vww.kub-berlir	kt "Formulare n.org/formular	vers oroje	stehbar mac kt/	hen"	der Konta	akt- und	Beratungsstelle	für Flüchtlinge und

			ORIGINAL			
	D 212	Geschäfts- zeichen,	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Bezeichnung	Bewilligungs- stelle	Rentenabrech- nungsnummer, o. ä.	Beträge (EUR)	und Angabe des Bitte Nachwe		./wöchentl./tgl.)
Sozialhilfe- leistungen						
Grundsicherun gsleistungen						
Asylbewerber- leistung						
Leistungen nach dem Bundesversor- gungsgesetz						
Leistungen des Lastenaus- gleichsamtes (z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)						
Leistungen der Agentur für Arbeit (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungs- beihilfe, Arbeitsför- derungsgeld u. a.)						
Kindergeld						
Kindergeld- zuschlag						
Elterngeld						
Ausbildungs- förderung						
Unterhalt						
Unterhaltsvor- schuss						
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschen- geld, Leibrente, Pflegegeld)						
Steuerer- stattung						
Kapitalerträge (z. B. Zinsen)						
Sonstige Einkünfte (z.B. Schadensersatzansprüche)						
Kein Einkommen						

		UDERS	EIZUNG / IKAN	SLATION		
Designation	Awarding authority	company reference number, pension	Applicant 1	Applicant 2	Applicant 3	Applicant 4
		reference etc	Amounts (EU	IR) and frequency of	payments (monthly/	weekly/daily).
			,		ose evidence.	, ,,
Social Welfare Bend	fits					
Basic Social Benefi	ts					
Asylum seekers ber	efits					
Benefits in accordar	ice with					
Bundesversorgungs	gesetz					
Benefits from the	4					
Lastenausgleichsan	ntes					
(e. g. maintenance assistance, care allowand compensation pension)	e,					
Benefits from the						
employment office						
(e.g. unemployment, integration support, vocational training assistance, active employment promotion, or similar)						
Child allowance						
Child allowance						
supplement						
Parental allowance						
Educational support						
Maintenance						
Maintenance advan	ce					
Private-law cash va claims	lue					
(e.g. Boarding, right of al	ode,					
spending allowance, life annuity, care allowance)						
Tax refund						
Poturn on occital						
Return on capital employed (such as interest)						
Other income						
(such as damage claims)						
No income						

				ORIGINA	_					
Sind Leistungen Nein Ja	nac	h Nr. VIII. bea	antra	gt, über die noch	nicht e	ntschieden	wur	de?		
Personenziffer	Ar	ntragsdatum Art der Leistung			Dienststelle und Geschäftszeichen					
Werden einmalige Nein Ja	e Ei	nnahmen erv	varte	t, z. B. eine Steue	rrückza	ahlung?				
Personenziffer	Ar	t der Leistung						Zeitpunkt		EUR
Vom Einkommen	evt	l. absetzbare	Betr	räge						
Keine absetz- baren Beträge	ļ	Personenziff	er 1	Personenziffer 2	Perso	nenziffer 3	Pei	sonenziffer 4	P	ersonenziffer 5
Ausgaben mtl. Betrag										
Einkommensteuer	*									
Krankenver- sicherung*										
Pflegeversicherun	g*									
Arbeitslosenver- sicherung*							-			
Rentenversicherur	ng*									
Kirchensteuer*										
Unfallversicherung]									
Altersvorsorge- beiträge										
Hausratsver- sicherung										
Sterbeversicherun	g									
Lebensversicherur	ng									
Haftpflichtver- sicherung										
Aufwendungen für Arbeitsmittel	•									
Beiträge für Berufsverbände										
Mehraufwendunge für doppelte Haushaltsführung	en									

^{*} Angabe nicht erforderlich soweit die Beträge bereits vom Arbeitgeber oder Rententräger abgesetzt wurden

Applicant Number	App	lication date	Type	of benefits		Sub-office		-		
			1777			1				
	+		+			-				
						1				
Are one-time paymer	nts exp	ected, such as	tax ref	unds?						
□No □ Yes										
Applicant Number	Турі	e of benefits						Time		EUR
	+									
	+									
Income deducti	ible a	mounts	-						1	
				Applicant 2	Applica		Ann	licant 4	Δ,	oplicant 5
☐No deductible amo	ounts	<i>Аррисан</i> ст		Applicant 2	Арриса	ani S	App	iicarii 4	A	эрпсат 5
Monthly expenses Amount										
Aniouni		ı								
Income tax*										
Health insurance*				+					+	
Maria a cara inquiro	*			 					_	
Nursing care insurar	1C C									
Unemployment										
insurance*										
Pension insurance*		-		_						
				<u> </u>						
Church tax*										
Accident insurance*	,									
Retirement Allowand										_
Contributions	ce									
Householders'										
comprehensive insurance										
Burial insurance										
Life insurance										
Life ilisurance										
Third-party liability										
insurance										
Expenditure for Wor	k			1						
Equipment										
Dues for professiona	al			+					\dashv	
associations	"									
I Francisco di				 						
Additional Expenditu for Double Budget	ıre									
Management	ĺ						1		1	

 $^{^{\}star} \ \textit{Information not required if the contributions are already offset by employer or pension provider.}$

	ORIGINAL								
	Personenz	iffer 1	Persone	enziffer 2	Perso	nenziffer 3	Per	rsonenziffer 4	Personenziffer 5
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle Fahrkosten zur Arbeitsstelle mit	km	km		km		km		km	km
- öffentlichen Verkehrsmitteln									
- PKW									
- Kleinst-PKW (bis 500 ccm)									
- Motorrad									
- Mofa									
- Sonstiges									
Nähere Begründung zu "Sonstiges"									
Vermögensverhäl	tnisse (ggf. a	auf ges	onderter	n Blatt forts	etzen)				
Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen			Personenz	ziffer	Personenziff 2	er	Personenziffer 3	Personenziffer 4	
Sparguthaben / Bargeld	Ja Nein		→						
Wertpapiere	Ja Nein		→						
Sachwerte von besonderem Wert	Ja → Nein	Art							
sonstiges Vermögen (Forderungen und anderes)	Ja → Nein	Art							
Verschenktes Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre (auch Grund- vermögen)	Ja → Nein	Art							
Kraftfahrzeug	Ja Nein	amtl. Kennz	eichen						
Fabrikat	Baujahr	Halter							
Hauseigentum oder Grundbesitz Bitte Anlage 3 ausfüllen	Ja Nein	•	→						
Staatlich geförderte private Altersvorsorge	Ja Nein	•	→						

		ORF	RSEIZUNG	IRANSLATION		
	Applican	nt 1 App	licant 2	Applicant 3	Applicant 4	Applicant 5
Distance between residence and place of employment and travel costs to place of employment			km	km	km	km
Public transportation						
Personal Car						
Micro-Compact Vehicle (up to 500ccm)						
Motorcycle						
Moped						
Other						
Further description of "Other"						
Financial Circums	stances (if	necessary us	e separate	sheet)		
Please tick as appropri	ate and fill ou	t	Applicant 1	Applicant 2	Applicant 3	Applicant 4
Savings Balance/ Cash	☐ Yes ☐ No	→				
Securities	☐ Yes ☐ No	→				
Possessions of particular value	□ Yes →	Туре				
Other Assets (Outstanding debits and other)	□Yes →	Туре				
Donations made within the last 10 years (including Property assets)	□ Yes →	Туре				
Vehicle	☐ Yes ☐ No	License plate no.				
Make	Year	Birthdate or age	_			
Home ownership or estate holdings Please fill out Annex 3	☐ Yes ☐ No	→				
State subsidised pension	☐ Yes	→				

	Zutreffendes bitte a	ınkreuzen und ausfüllen	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer		
			1	2	3	4		
	Ansprüche aus Übertragsver- trägen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	Ja → Nein						
,	Sonstiges Vermögen	Ja → Nein						
XI.	Sonstige Angaber	n, z. B. über persönliche, far	niliäre, gesundhei	tliche Verhältnisse)			
XII.	Leistungen für be	sondere Mehrbedarfe						
	Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind und aus den vorgenannten Angaben nicht zu beurteilen sind. Dies gilt für alle Personen innerhalb des Haushalts.							
	Folgende Mehrbedarfe werden geltend gemacht:							
	Für werdende N	Nütter nach der 12. Schwan	Name:	Vorname:				
	→ Vorlage Mutters	schaftspass erforderlich	Voraussichtlicher Geburtstermin					
	vollendet haben Arbeitslaben erl	rte Menschen, die das 15. L n und Leistungen zur Teilhab halten willigungsbescheides		Name:	Vorname:			
		ige Ernährung aus medizini		Name:	Vorname:			
	→ vom Sozialamt of Arzt auszufüller	erhältlicher Vordruck ist vom ı	n behandelnden	Name:	Vorname:			
XIII.	Bestandteile des A	Antrages sind die Anlagen	1					
	1 - Unterhalt	2 - Ausländer 3 - Gru	ndbesitz 4 – E	ingliederungshilfe	6 – Mietschul	den		
XIV.	Dem Antrag sind f	folgende Unterlagen beige	fügt					

	1				T	1	1		
	Please tick as appropriate and fill out			Applicant 1	Applicant 2	Applicant 3	Applicant 4		
	Do you have any rights to								
		∏Yes	→						
		□ No							
	Assets	Yes							
	733613	□ No	→						
XI.	Other informatio	n e.g. about p	ersonal, fan	nilial, health ci	rcumstances		1		
XII.	Benefits for incre	eased demand	ds						
	Under certain circumstar	nces benefits for inc	reased requirem	ents can be provided	d, where the benefits are	en't covered by stand	ard benefit provisions and		
	are not taken into accour	nt above, This applie	es to all individua	als within the househ	old.				
	I hereby wish to make a claim for the following increase in requirements								
	For pregnant wom	en after the 12th	week of pregn	ancy	Last name:	First	name:		
	3 0,	.,			Expected delivery	v date			
	→ Submission of mater	rnity card necessary	/						
	Severely disabled pe			ceive benefits as par	t Last name:	First	name:		
	→ Submission of offi	icial notification o	of approval						
	For medical reasons	L require on evnen	sive diet		Last name:	- Eiret	name:		
	→ A form (available from			v a doctor	Last name.	riisti	iairie.		
-					Last name:	First	name:		
XIII.	Attachments are	an integral pa	art of this ap	oplication					
	1 - Maintenance	2 - Foreigner	3 - Real E	Estate 4 - Ir	tegration Assistance	6 - Rental arre	ears		
XIV.	The following do	cuments are e	enclosed wi	ith the applica	tion				

Die Angaben im Antrag und den dazugehörigen Anlagen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß gemacht.

Ich werde den Träger der Leistungen (Land Berlin, vertreten durch die Bezirksämter v. Berlin, Geschäftsbereich Sozialwesen / Geschäftsbereich Jugend und Sport bzw. Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin / ZLA) gem. § 60 Abs. 1 Ziff. 2 SGB I unverzüglich informieren, wenn

- sich meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse ändern
- sich die Verhältnisse meiner Haushaltsangehörigen ändern
- ich Renten oder ähnliche Leistungen beantrage.

Des Weiteren bin ich hinreichend darüber informiert worden, dass im Falle eines konkreten Betrugsverdachts die Ermittlungen des Sachverhalts gemäß §§ 20, 21, 69 und 71 SGB X von Amts wegen – ohne meine Beteiligung – erfolgen können.

Leistungen werden von mir zurückgefordert, sofern ich sie zu Unrecht erhalten habe, z. B. weil ich vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche Angaben gemacht habe.

Der Träger der Leistungen nach SGB XII bzw. AsylbLG kann für die Zeit, für die ich Leistungen erhalte, meine Ansprüche gegen einen anderen auf entsprechende Leistungen in Höhe seiner Aufwendungen auf sich überleiten.

Der Sozialhilfeträger behält sich vor, bei Vorliegen des entsprechenden Sachverhalts Aufwendungsersatz nach den §§ 19 Abs. 5, 27 Abs. 3 oder § 92 Abs. 1 SGB XII bzw. §§ 7, 9 AsylbLG geltend zu machen. In diesem Umfang habe ich dem Träger der Leistungen die Aufwendungen zu ersetzen. Dies gilt auch, wenn der Erstattungsanspruch des Trägers der Sozialleistung gegen andere vorrangig verpflichtete Leistungsträger (z.B. Rententräger, Krankenkasse) aus Verfahrensgründen nicht befriedigt werden kann und ich für den gleichen Zeitraum von beiden Leistungsträgern Aufwendungen erhalten habe. In diesen Fällen sind die gewährten Leistungen nach SGB XII / AsylbLG von mir zu erstatten.

Ich bin davon in Kenntnis gesetzt, dass die Überweisung der Beiträge für meine freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung direkt an die Kranken- bzw. Pflegekasse vorgenommen wird.

Unterschrift des Antrag	stellers/Datum	ggf. Unterschrift des nicht getrennt lebenden Ehegatten
	Name Association of Discordate	Harris del Hartana alcolftoda a Arrifa alconomida e (Datona
	Name, Anschrift, ggf. Dienstste	lle und Unterschrift des Aufnehmenden/Datum
Falls vom		
Antragsteller nicht		
selbst oder nicht		
vollständig ausgefüllt		
volistaridig adsgeralit		

The information in this application and its enclosures are complete and correct.

I will inform the responsible institution (Land Berlin, represented by the local district offices within Berlin, Welfare Office / Office for Youth and Sport or rather the) without delay, if:

- my personal and financial situation changes.
- the situation of the members of my household changes.
- I apply for pension or similar benefits.

I have been informed that in the case of suspected fraud an investigation into the circumstances of the case can be carried out by the administrative office - without my participation - in accordance with Chapter 20, 21, 69 and 71 of Sozialgesetzbuch X.

I can be required to pay back benefits that I have received improperly, such as by intentionally or through gross negligence supplying incorrect information.

Acoording to SGB XII or AsylbLG the institution providing the benefits is entitled to claim obligations I have towards others to the amount of the benefits it would otherwise provide me with during the time in which I receive benefits.

The welfare acgency reserves the right to apply reimbursement of obligations if applicable according to §§ 19 Abs. 5, 27 Abs. 3 oder § 92 Abs. 1 SGB XII bzw. §§ 7, 9 AsylbLG. In this case, I have to refund the paid benefits to the agency. This also applies if the reimbursement claim of the welfare agency towards other agencies with more urgent claims (e.g. pension providers, health insurance) cannot be satisfied for reasons of procedure and if I got benefits from both agencies for the same time period. In these cases I will have to refund the provided benefits according to SGB XII/AsylLG.

benefits according to SGB XII/AsyILG.						
I have been informed that p company.	payments from my optional Health/Nurs	ing insurance will be transferred directly to the Health Insurance				
Applicant signature/date		if applicable, signature of non-separated spouse				
If the applicant has not completely filled out this form himself,	Name, Address, if applicable Governi	ment Department and signature of the registrar				

Übersetzungen erstellt durch das Projekt "Formulare verstehbar machen" der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: "Formulare verstehbar machen" auf www.betterplace.org, http://bit.ly/2mfagom

Merkblatt zum Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII bzw. Leistungen nach AsylbLG

Nach § 60 SGB I muss der Antragsteller / die Antragstellerin bei der Aufklärung des Sachverhaltes und der Feststellung der für die Sozialleistung bestehenden Voraussetzungen mitwirken. Die Nichtbeantwortung von Fragen kann im Einzelfall zur Folge haben, dass die beantragte Leistung nicht gewährt werden kann. Die Grenzen der Mitwirkung sind in § 65 SGB I geregelt.

Im folgenden werden Ihnen die Rechtsgrundlagen benannt, aufgrund derer die erforderlichen Daten erhoben wurden:

Sozialgesetzbuch

Erstes Buch (SGB I) Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975

(Bundesgesetzblatt – BGBl. I, S. 3015 / Gesetz- und Verordnungsblatt – GVBl. S. 1638), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836)

Zehntes Buch (SGB X) Neufassung durch Gesetz vom 18. Januar 2001 (BGBI. I, S. 130 ff.),

zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBI. I S. 2749)

Elftes Buch (SGB XI)

Artikel 1 des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit

vom 26. Mai 1994 (BGBI. I, S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 2a des Gesetzes

vom 15. Juli 2013 (BGBI. I S. 2423).

Zwölftes Buch (SGB XII) in der Fassung vom 27. Dezember 2003 (BGBI. I, S. 3022),

zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 01. Oktober 2013 (BGBI. I S. 3733)

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

in der Fassung vom 5. August 1997 (BGBl. I, S. 2022),

zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 07. Mai 2013 (BGBl. I S. 1122)

Bundesvertriebenengesetz (BVFG)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 2007 (BGBl. I, S. 1902),

zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I, S. 2246)

Verordnung zur Bestimmung des für die Fortschreibung der Regelbedarfsstufen nach § 28a des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XII – maßgeblichen Prozentsatzes sowie zur Ergänzung der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2014 (Regelbedarfsstufen-Fortschreibungsverordnung 2014 –RBSFV 2014)

vom 15. Oktober 2013 (BGBl. I, S. 3856)

Verordnung nach § 60 SGB XII (Eingliederungshilfe-Verordnung)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Februar 1975 (BGBI. I, S. 433)

zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in

das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S.3022)

Verordnung zur Durchführung des § 82 SGB XII (DVO § 82 SGB XII)

in der im BGBI. III unter 2170-1-4 veröffentlichten bereinigten Fassung,

zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBI. I, S. 818)

Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII

vom 11. Februar 1988 (BGBl. I, S.438)

zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBI. I, S

3022)

Instruction pamphlet for Application for Social Welfare in Accordance with Sozialgesetzbuch XII or rather Benefits in Accordance with AsylbLG (Asylbewerberleistungsgesetz, Asylum Seekers Benefits Law)

In accordance with Chapter 60 of the Sozialgesetzbuch, the applicant must cooperate with any clarification of the facts of the case and with the determining of prerequisites for Social Welfare. Failure to answer questions can in some cases mean that applied for benefits can not be validated. The limits of cooperation are outlined in Chapter 65 of Sozialgesetzbuch I.

Below you will find the legal foundation for the collection of the required information:

* We did not translate the following passages. If you wish to gather information about the legal basis, please seek assistance from someone who is sufficiently fluent in German.

Übersetzungen erstellt durch das Projekt "Formulare verstehbar machen" der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: "Formulare verstehbar machen" auf www.betterplace.org, http://bit.ly/2mfagom