**E:**

**Application for granting benefits according to the Act on Benefits for Asylum Seekers (AsylbLG)**

1. **I hereby apply for the following benefits according to the AsylbLG for me and the members of my family:**

Basic benefits according to §3 AsylbLG

Benefits according to §4 AsylbLG in the case of

Illness

Pregnancy (at present ……… week of pregnancy)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  |  |  |
| Vorname |  |  |  |
| Geb. Datum |  |  |  |
| Geschlecht |  |  |  |
| Staatsangehörigkeit |  |  |  |

Marital status:  single  marrried  divorced  widowed

**2. We have the following relatives in the Federal Republic of Germany who are obliged to provide maintenance**

Name, first name Place of residence Degree of relationship

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.1. Have you already applied for asylum, humane protection or a residence permit in another country?**

yes no

If yes, in which country? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Is there any disability?**

no

Applicant  yes Child  yes, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name)

Spouse  yes

**4. Do you have a health insurance in a foreign country?**

no  yes, name and address of the health insurance company

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Do you possess cash or financial assets?**

Applicant yes no Type

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Spouse  yes no Type

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Do you have a bank account?**

Yes  BIC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Account no.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name of the bank:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No

By signing this application I confirm that above information is true and that I have not concealed anything. I am aware that I could be prosecuted if I deliberately made false or incomplete statements. In this case I have to return the benefits which I wrongly received. I am aware that the benefits I applied for could be refused (at least temporarily) in the case that I refuse to make statements and therefore the social administration is not able to determine whether the preconditions for granting benefits according to AsylbLG (§66 par. 1 sentence 1 SGB I (Social Insurance Code)) are fulfilled or not.

I expressly confirm that I have been informed about my duty to inform the social welfare institution about any change in my family, income and financial situations as well as about a temporary absence from my place of residence without any delay and without being requested.

I will report any employment, even casual work etc., within 3 days after the first day of work at the latest (§8a AsylbLG).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Place, date Signature

**E:**

**طلب ضمان الحصول على المعونات استنادا على**

**قانون طالبي اللجوء**

**Antrag auf Gewährung von Leistungen**

**nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

**أتقدم بطلبي هذا للحصول على المعونات لي وأفراد عائلتي المذكورين أدناه حسب ما هو وارد في قانون المعونات**

**لطالبي اللجوء.**

**1. Hiermit beantrage ich für mich und meine nachfolgenden Familienangehörigen Leistungen nach dem AsylbLG wie folgt:**

المعونات الأساسية حسب المادة 3 من قانون المعونات لطالبي اللجوء

Grundleistungen nach § 3 AsylbLG

**المعونات الذكورة تحت الفقرة 4 من القانون المذكور أعلاه**

Leistungen nach § 4 AsylbLG bei

**المرض**

Krankheit

**الحمل ( الآن في الأسبوع للحمل)**

Schwangerschaft (derzeit ……… Schwangerschaftswoche)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  |  |  |
| Vorname |  |  |  |
| Geb. Datum |  |  |  |
| Geschlecht |  |  |  |
| Staatsangehörigkeit |  |  |  |

**أرمل مطلق متزوج أعزب الوضع العائلي**

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

**2. نحن ملزمين بالإنفاق على أفراد العائلة في جمهورية ألمانيا الاتحادية الواردة أسمائهم أدناه**

**2. Wir haben folgende unterhaltspflichtige Angehörige in der Bundesrepublik Deutschland**

**صفة القربى محل السكن الاسم العائلي, الاسم**

Name, Vorname Wohnort Verwandtschaftsgrad

**هل سبق لك أن تقدمت بطلب للجوء في بلد آخر، أو هل تقدمت بطلب للحصول على حماية إنسانية أو تصريح إقامة؟**

**2.1. Haben Sie in einem anderen Land bereits einen Asylantrag gestellt bzw. humanitären Schutz oder eine Aufenthaltserlaubnis?**

**نعم لا**

ja nein

**إذا كان الأمر كذلك، أين؟**

**Wenn Ja in welchem Land?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**توجد إعاقة**

**3. Besteht eine Behinderung ?**  nein

**نعم طفل نعم مقدم الطلب**

Antragsteller  ja Kind  ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ا لاسم** ( (Name

**نعم الزوج أو الزوجة**

Ehegatte  ja

**هل عندكم تأمين صحي في بلد آخر؟**

**4. Besteht eine Krankenversicherung im Ausland ?**

**اسم وعنوان التأمين الصحي نعم لا**

nein  ja, Name und Anschrift der Krankenversicherung

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. هل معك نقود أو ممتلكات ثمينة**

**5. Besitzen Sie Bargeld oder Vermögenswerte ?**

**نوعها لا نعم مقدم الطلب**

Antragsteller ja nein Art \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**نوعها لا نعم الزوج أو الزوجة**

Ehegatte  ja nein Art \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**هل عندك رصيد مصرفي (بنكي)؟**

**6. Haben Sie ein Bankkonto?**

**رقم الرصيد رقم المصرف ( البنك) نعم**

Ja  BLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Konto Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**اسم المؤسسة المالية**

Institut:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**لا**

Nein

**اضمن من خلال توقيعي بأن المعلومات التي ذكرتها صحيحة ولم اخفي شيئا. إنني أعرف في حالة إعطائي معلومات غير صحيحة أو ناقصة سألاحق قضائيا ويتوجب علي إعادة المبالغ التي استلمتها كمعونة بدون حق. كما اعرف بأني في حالة رفضي إعطاء المعلومات المطلوبة فمن الممكن ( على الأقل مؤقتا) أن احرم من المساعدة لان الدائرة الاجتماعية التي تقدم المعونة لا يمكنها أن تتأكد من توفر الشروط لمنحك المعونة المقررة في القانون ( المادة 66 الفقرة 1 النقطة 1).**

**أنني أعلمكم بأنه قد تم إخباري بشكل واضح بأنه علي أن اخبر الجهة التي تقوم بتقديم المعونة لي عن أي تغيير في الوضع العائلي أو الدخل الشهري أو التملك أو التغيب بشكل مؤقت عن محل السكن فورا وبدن أن يُطلب مني ذلك.**

**عند حصولي على أي عمل, وحتى بشكل مؤقت, علي أن اخبر الدائرة المسئولة خلال 3 أيام بعد مباشرتي في العمل كأقصى حد ( المادة 8 أ من قانون المعونة للاجئين ).**

Durch meine Unterschrift versichere ich, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Mit ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Sozialhilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraus-setzungen für die Gewährung von Leistungen nach dem AsylbLG vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich spätestens 3 Tage nach Aufnahme der Arbeit anzeigen (§ 8a AsylbLG).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**التوقيع المحل, التاريخ**

Ort, Datum Unterschrift