

Stadt Augsburg – Amt für Soziale Leistungen

Kurz Antrag auf laufende Leistungen der Grundsicherung/Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch Zwölfter Teil (SGB XII) für geflüchtete Personen aus der Ukraine mit Wohnsitz/tatsächlichem Aufenthalt im Stadtgebiet Augsburg

Hinweis: Das folgende Formular muss auf Deutsch ausgefüllt werden! Beantragt werden hiermit Leistungen nach dem SGB XII frühestens ab dem 01.06.2022 und vorbehaltlich der tatsächlichen Umsetzung des Rechtskreiswechsels.

1. Angaben über die hilfesuchenden Personen

zwingend notwendig ist die Vorlage von Kopien der gültigen Identitätsnachweise/Ausweisdokumente aller antragstellenden Personen – Bsp. Reisepass, Geburtsurkunde

| | Antragsteller/-in | Weitere Person/ Partner/-in |
|---|---|---|
| Nachname | | |
| Vorname | | |
| Geburtsname | | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers |
| Geburtsdatum /-ort | | |
| Staatsangehörigkeit | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden |
| Ausländerzentralregisternummer (AZR) | | |
| Aufenthaltsstatus (Nachweis in Kopie beifügen!) | <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach § 24 AufenthG <input type="checkbox"/> Fiktionsbescheinigung <input type="checkbox"/> Registriernachweis | <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach § 24 AufenthG <input type="checkbox"/> Fiktionsbescheinigung <input type="checkbox"/> Registriernachweis |
| Einreisedatum in Deutschland | | |
| Letzte Wohnadresse vor Einreise | | |

2. Kontaktinformationen

| | |
|-----------------------------|--|
| Straße, Hausnummer | |
| Wohnhaft bei (c/o) | |
| E-Mail (freiwillige Angabe) | |

3. Kosten der Unterkunft

a)

| | |
|---|--|
| Ich bin/Wir sind in einer staatlichen oder städtischen (Gemeinschafts-)unterkunft untergebracht | <input type="checkbox"/> nein (weiter ab Ziffer 3 b) <input type="checkbox"/> ja (weiter ab Ziffer 4) |
|---|--|

b)

| | |
|---|--|
| Ich /Wir bewohnen eine eigene Mietwohnung | <input type="checkbox"/> nein (weiter ab Ziffer 3 c) <input type="checkbox"/> ja (Vorlage des vollständigen Mietvertrages) |
| Es wohnen weitere Personen als unter Ziffer 1. genannt in der Wohnung | <input type="checkbox"/> nein (weiter ab Ziffer 4) <input type="checkbox"/> ja , und zwar folgende Personen: <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> |

c)

| | |
|--|---|
| Ich/Wir wohnen in einer privaten Unterkunft bei „Gastgebern“ | <input type="checkbox"/> nein (weiter ab Ziffer 4) <input type="checkbox"/> ja |
| Name, Vorname des privaten „Gastgebers/der Gastgeber“ | |
| Es werden Aufwendungen für diese Unterbringung vom „Gastgeber“ geltend gemacht | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Vorlage einer schriftlichen Vereinbarung über die Art und Höhe der geltend gemachten angemessenen Aufwendungen) |
| Es wohnen weitere Personen als unter Ziffer 1. genannt in der Wohnung | <input type="checkbox"/> nein (weiter ab Ziffer 4) <input type="checkbox"/> ja , und zwar folgende Personen: <hr/> <hr/> |

4. Unterhalt

| | |
|---------------------------------------|--|
| Ich habe/Wir haben volljährige Kinder | <input type="checkbox"/> nein (weiter mit Ziffer 5) <input type="checkbox"/> ja (zusätzlich Anlage „Unterhalt Kinder UK“ ausfüllen) |
|---------------------------------------|--|

5. Einkommen/Vermögen

zwingend notwendig ist die Vorlage von Kontoauszüge aller antragstellenden Personen von

- ukrainischen Konten– ab Einreise in Deutschland bis laufend
- deutschen Konten – ab Eröffnung bis laufend

| | Antragsteller/-in | Weitere Person/ Partner/-in |
|---|--|--|
| a) Ich erhalte ein laufendes Einkommen im Ausland (z.B. Ukraine) | <input type="checkbox"/> nein (weiter mit Buchstabe b) <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein (weiter mit Buchstabe b) <input type="checkbox"/> ja |
| Art des Einkommens (Nachweise in Kopie zwingend beifügen!) | <input type="checkbox"/> Rente (zusätzlich Anlage: „Ausländische Rente“ ausfüllen) <input type="checkbox"/> Einkommen aus Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> sonstiges Einkommen | <input type="checkbox"/> Rente (zusätzlich Anlage: „Ausländische Rente“ ausfüllen) <input type="checkbox"/> Einkommen aus Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> sonstiges Einkommen |
| Ich habe aktuell Zugriff auf mein Einkommen im Ausland | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein , aber ich versichere, das Amt für Soziale Leistungen unaufgefordert und unverzüglich über eine Änderung diesbezüglich zu unterrichten! | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein , aber ich versichere, das Amt für Soziale Leistungen unaufgefordert und unverzüglich über eine Änderung diesbezüglich zu unterrichten! |
| b) Ich erhalte ein laufendes Einkommen in Deutschland | <input type="checkbox"/> nein (weiter mit Buchstabe c) <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein (weiter mit Buchstabe c) <input type="checkbox"/> ja |
| Art des Einkommens (Nachweise in Kopie zwingend beifügen!) | <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Einkommen aus Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> sonstiges Einkommen | <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Einkommen aus Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> sonstiges Einkommen |
| c) Ich verfüge über Vermögen im Ausland | <input type="checkbox"/> nein (weiter mit Buchstabe d) <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein (weiter mit Buchstabe d) <input type="checkbox"/> ja |
| Art des Vermögens (Nachweise in Kopie zwingend beifügen!) | <input type="checkbox"/> Barmittel i.H.v. _____€ <input type="checkbox"/> Immobilien <input type="checkbox"/> sonstiges Vermögen | <input type="checkbox"/> Barmittel i.H.v. _____€ <input type="checkbox"/> Immobilien <input type="checkbox"/> sonstiges Vermögen |
| Ich habe aktuell Zugriff auf mein Vermögen im Ausland | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein , aber ich versichere, das Amt für Soziale Leistungen unaufgefordert und unverzüglich über eine Änderung diesbezüglich zu unterrichten! | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein , aber ich versichere, das Amt für Soziale Leistungen unaufgefordert und unverzüglich über eine Änderung diesbezüglich zu unterrichten! |
| d) Ich verfüge über Vermögen in Deutschland | <input type="checkbox"/> nein (weiter mit Ziffer 6) <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein (weiter mit Ziffer 6) <input type="checkbox"/> ja |
| Art des Vermögens (Nachweise in Kopie zwingend beifügen!) | <input type="checkbox"/> Barmittel i.H.v. _____€ <input type="checkbox"/> Immobilien <input type="checkbox"/> sonstiges Vermögen | <input type="checkbox"/> Barmittel i.H.v. _____€ <input type="checkbox"/> Immobilien <input type="checkbox"/> sonstiges Vermögen |

6. Krankenhilfe/Wahl der Krankenkasse

| | |
|---|---|
| Sind Sie bereits krankenversichert? Haben Sie bereits eine bestehende Krankenversicherung?) | <input type="checkbox"/> ja: Name und Adresse der Krankenkasse: weiter ab Ziffer 7 <input type="checkbox"/> nein: Wenn Sie bisher keinen Krankenversicherungsschutz haben, dann haben Sie einen Anspruch auf Krankenversorgung nach § 264 SGB XII. Hierfür müssen Sie nachfolgend eine Krankenkasse für die Durchführung dieser Krankenversorgung auswählen. (Eine Auswahl bestehender Krankenkassen finden Sie unter der Anlage: „Liste Krankenkassen“) |
| Ich wähle/Wir wählen verbindlich folgende Krankenkasse Ich bitte Sie, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren. Ich bin mit der Weit- ergabe meiner/unserer persönlichen Daten an die Krankenkasse einverstanden. Die Daten werden von der Krankenkasse zur Übernahme meiner/unserer Krankenbehandlung zwingend benötigt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass diese Wahl der Krankenkasse dauerhaft bindend ist! | Name und Anschrift der gewählten Krankenkasse |

7. Bankverbindung

| | |
|---|--|
| Ich habe/Wir haben bereits ein deutsches Bankkonto auf welches die Leistungen überwiesen werden sollen | <input type="checkbox"/> nein (weiter mit Ziffer 8) <input type="checkbox"/> ja |
| IBAN | |
| BIC | |
| Kontoinhaber/-in | |

7. Ergänzende Angaben

| |
|--|
| |
|--|

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag **richtig und vollständig** sind und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss. **Änderungen, die nach der Antragstellung eintreten und sich auf die Leistungen auswirken können (zum Beispiel Arbeitsaufnahme, Umzug, Rückkehr in die Ukraine), sind dem Amt für Soziale Leistungen unverzüglich im Vorhinein mitzuteilen.**

- Die Anlage „Hinweise für Antragsteller und Empfänger von Sozialhilfeleistungen“ habe ich erhalten, gelesen und verstanden (vgl. Anlage Info SGBXII).

Augsburg, _____

Unterschrift des Antragstellers/aller volljährigen Antragsteller

Ergänzende Hinweise:

- Bitte beachten Sie, dass keine persönlichen Vorsprachen ohne eine vorherige telefonische Terminvereinbarung möglich sind! Bei Vorsprachen gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Gesichtsmaske!
- Postadresse: Amt für Soziale Leistungen (SG 2.11)
Metzplatz 1, 86150 Augsburg
E-Mail: sgbxii.ukraine.soziales@augsbuurg.de
- Für telefonische Rückfragen/Terminvereinbarungen wenden Sie sich bitte an folgende Telefonnummer: 0821 324 64039