

# Antrag auf Gewährung von Sozialhilfeleistungen für ukrainische Kriegsflüchtlinge

nach den Bestimmungen des Asylbewerberleistungsgesetzes

Die nachstehend genannten Personen bedürfen folgender Hilfen

<input type="checkbox"/> Sicherung des Lebensunterhaltes <input type="checkbox"/> Sicherung der Unterkunft <input type="checkbox"/> Hilfe zur Gesundheit / Versorgung im Krankheitsfalle	Bekanntgeworden am:  Eingegangen
--	--

I. Persönliche Verhältnisse	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebensgefährte/in Partner
Name		
Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit	ukrainisch	ukrainisch
<input type="checkbox"/> Reisepass Nr. <input type="checkbox"/> Nationalpass Nr.		
Corona Impfungen Masern Impfung freiwillige Angabe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sprachkenntnisse		
Beruf		
aktuelle Anschrift aktueller Aufenthalt	PLZ, Wohnort	
	Straße, Haus Nr.	
Wohnungsgeber Vermieter	Name, Vorname	
	Anschrift	
	Telefon/Email	
Ansprechpartner / Unterstützter	Name, Vorname	
	Anschrift	
	Tel. / Email	

II. Familienverhältnisse	Weitere Familienangehörige (auch Volljährige)			
	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Name				
Vorname				
geb. Name				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller				
Staatsangehörigkeit	ukrainisch	ukrainisch	ukrainisch	ukrainisch
<input type="checkbox"/> Reisepass Nr. <input type="checkbox"/> Nationalpass Nr.				
Corona Impfungen Masern Impfung freiwillige Angabe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann
Sprachkenntnisse				
Beruf				

Wir verfügen über

keinerlei Einkommen  
 Einkommen (alle Personen) in Höhe von insgesamt \_\_\_\_\_ UHA/€

keinerlei Barvermögen  
 Barvermögen (alle Personen) in Höhe von insgesamt \_\_\_\_\_ UHA/€

keinerlei sonstiges Vermögen

sonstiges Vermögen (alle Personen) in Höhe von insgesamt \_\_\_\_\_ UHA/€

- Derzeit erhalte/n ich/wir zur Bestreitung meines / unseres Lebensunterhaltes freiwillige Sachleistungen von Dritten. Die Gewährung laufender Leistungen zur Sicherung meines / unseres Lebensunterhaltes (ohne Wohnung) ist daher derzeit nicht erforderlich.
- Derzeit wird mir/uns die Wohnung / Wohnraum kostenfrei zur Verfügung gestellt.
- Es fallen Kosten für die Wohnung/Unterkunft an. Die Höhe wird vom Wohnungseigentümer auf dem gesonderten Beiblatt „Wohnungskosten“ zum Antrag bestätigt. Die Kosten sollen direkt mit dem Wohnungseigentümer abgerechnet werden.

Bankverbindung zur Überweisung der Unterbringungskosten für die Unterbringung

Kontoinhaber	
SEPA	

**Sollten sich Änderungen in der Bedarfssituation ergeben, dass die vorgenannten Angaben nicht mehr zutreffen, werde ich die Änderungen anzeigen.**

Hinweis zur Versorgung im Krankheitsfall

Als Nachweis über die Versorgung im Krankheitsfall erhalten die Antragsteller jeweils einen entsprechenden Bescheid. Zur Sicherstellung der Leistungen im Krankheitsfall werden den Antragsteller im konkreten Bedarfsfall auf Anforderung Behandlungsscheine (Krankenscheine) für die allgemeinärztliche Versorgung ausgestellt. Eine nicht notfallmäßige Versorgung durch einen Facharzt (Ausgenommen Kinderarzt, Gynäkologe, Augenarzt und Zahnarzt) oder eine stationäre Behandlung bedarf grundsätzlich einer vorherigen Kostenzusage durch das Sozialamt.

In der Bundesrepublik habe ich folgende Familienangehörige (nur Ehegatte/Eltern/volljährige Kinder)

Name	Grad der Verwandtschaft	Anschrift

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Über jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort werde ich unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt Mitteilung geben.

Die Aufnahme einer Arbeit, auch einer Gelegenheitsarbeit werde ich vor Aufnahme der Arbeit, spätestens aber binnen 3 Tagen nach Arbeitsaufnahme ebenfalls anzeigen.

Die Geldleistungen für mich/uns sollen auf folgendes Konto überweisen werden

Kontoinhaber	
SEPA	

**Hinweis:** Bis zur Einrichtung eines Giro-Kontos (Guthabenkonto) werden die Leistungen zum Lebensunterhalt in bar oder als Barscheck mtl. im Voraus ausgezahlt

Ich erkläre mich ebenfalls damit einverstanden, dass die Kommunikation in meiner / unserer Sozialhilfeangelegenheit unter Beteiligung / über die von mir angegebenen Unterstützungsperson, erfolgen darf. **Mit Antragstellung ist der Wohnsitz auf den Landkreis Neuwied beschränkt!**

Ort Datum	Unterschrift Aufnehmender	Antragsteller/Vertreter für

Folgende Unterlagen füge/n ich/wir dem Antrag bei

- Kopien der ukrainischen /ausländischen Pässe (**unbedingt beifügen!!!**)
- Mietbescheinigung

Für weitere Familienangehörige:

II. Familienverhältnisse	Weitere Familienangehörige (auch Volljährige)			
	5. Person	6. Person	7. Person	8. Person
Name				
Vorname				
geb. Name				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller				
Staatsangehörigkeit	ukrainisch	ukrainisch	ukrainisch	ukrainisch
Reisepass Nr. Nationalpass Nr.				
Corona Impfungen Masern Impfung freiwillige Angabe	ja nein wann <input type="checkbox"/> ja nein wann	ja nein wann ja nein wann	ja nein wann ja nein wann	ja nein wann ja nein wann
Sprachkenntnisse				
Beruf				

II. Familienverhältnisse	Weitere Familienangehörige (auch Volljährige)			
	9. Person	10. Person	11. Person	12. Person
Name				
Vorname				
geb. Name				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller				
Staatsangehörigkeit	ukrainisch	ukrainisch	ukrainisch	ukrainisch
Reisepass Nr. Nationalpass Nr.				
Corona Impfungen Masern Impfung freiwillige Angabe	ja nein wann ja nein wann	ja nein wann ja nein wann	ja nein wann ja nein wann	ja nein wann ja nein wann
Sprachkenntnisse				
Beruf				