

Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)	Landkreis Cuxhaven Amt Soziale Leistungen Fachgebiet 58.5 27470 Cuxhaven	Eingang:
--	---	----------

I. Häusliche Verhältnisse

	Nachfragende Person	Ehegatte / Lebensgefährte(in) /Lebenspartner(in)
Anrede / Titel		
Familienname		
Geburtsname		
Vornamen		
Geburtsdatum , -ort		
Telefon Nr. (freiwillig)		
Familienstand / Stellung im Haushalt		
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus		
Ausweisdokument		
Nummer d. Ausweisdokuments		
Ersteinreise in den LK Cuxhaven		
Anlaufbescheinigung		

Folgende Personen leben mit mir/uns in Haushaltsgemeinschaft (z.B. Kinder Eltern sonstige Verwandte, Bekannte etc.)

	1.	2.	3.	4.	5.
Geschlecht: m w d					
Familienname					
Geburtsname					
Vornamen					
Geburtsdatum , -ort					
Telefon Nr. (freiwillig)					
Verwandschaftsverhältnis zur nachfragenden Person					
Staatsangehörigkeit					
Aufenthaltsstatus					
Ausweisdokument					
Nummer d. Ausweisdokuments					
Ersteinreise in den LK Cuxhaven					
Anlaufbescheinigung					

2. Unterkunft / Adresse PLZ Ort

wohnt bei:					
Bankverbindung Vermieter :					
Mieter / mietähnlich	Grundmiete	Nebenkosten	Heizkosten	Stromkosten	Sonst.
Kosten in EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR

3. Einkommen

Art / Höhe (Renten, sonst. Eink.)	
-----------------------------------	--

4. Vermögen

Art / Höhe	sofern vorhanden
------------	------------------

5. Bankverbindung

Kreditinstitut Kontoinhaber		IBAN	
-----------------------------	--	------	--

6. Hinweise und Schlusserklärungen

1. Mit Absenden des Antrages versichere ich die Richtigkeit der Angaben

2. Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, sämtliche Änderungen in meinen Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen unverzüglich dem Sozialhilfeträger mitzuteilen.

3. Hinweise zum Datenschutz

Ihre Daten werden gem. §§ 60 ff. SGB I und §§ 67 ff. SGB X in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmisbrauch an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVD zu § 118 SGB XII übermittelt.

Ort, Datum

Unterschrift nachfragende Person

Unterschrift weiterer volljähriger Personen des Haushaltes