|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antrag auf Unterstützung durch das StarthilfePlus-Programm 2018**  **Förderprogramm des Bundesministeriums des Innern (BMI)** | | | | | | |
| Nr. | Name / Vorname der Antragsteller gemäß REAG/GARP-Antrag | Geburtsdatum | Nationalität | | Aktenzeichen (BAMF, AZR, AKN) | |
| 1 | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. | | Click here to enter text. | |
| 2 | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. | | Click here to enter text. | |
| 3 | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. | | Click here to enter text. | |
| 4 | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. | | Click here to enter text. | |
| 5 | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. | | Click here to enter text. | |
| Für folgende Ehepartner oder Familienmitglieder wurde ein separater StarthilfePlus-Antrag gestellt:  Click here to enter text. | | | | | | |
| REAG/GARP-Antrag wurde an IOM übermittelt am: Click here to enter a date. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Kontaktdaten des/der Antragstellers/in im Zielland:** | | | | | | |
| Email: | | Click here to enter text. | | | | |
| Tel. (im Zielland, ggf. von Verwandten): | | Click here to enter text. | | | | |
|  | |  | | | | |
| Ich verlasse die Bundesrepublik Deutschland dauerhaft und bevollmächtige hiermit die antragsübermittelnde Behörde/Organisation, diesen Antrag auf StarthilfePlus für mich und ggf. meine Familie an IOM zu übermitteln.  Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich alle erhaltenen Förderleistungen zurückerstatte, wenn ich meinen Aufenthalt nicht nur vorübergehend in den Geltungsbereich des Aufenthaltsgesetzes der BR Deutschland zurückverlegen sollte bzw. meine Ausreise nicht antrete.\*  Ich erkläre meine Einwilligung, dass die zuständigen Behörden/Organisationen, von IOM beauftragte Dienstleister und IOM, welche die Rückkehrprogramme durchführt, die zur Prüfung der Bewilligungs- und Rückerstattungsvoraussetzungen, sowie die für eine Auszahlung der Hilfen erforderlichen Angaben erfassen, speichern, sich gegenseitig übermitteln und verwenden dürfen.  **Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Inhalt dieser Erklärung voll und ganz verstanden habe.**  Click here to enter a date.  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Datum und Unterschrift des/der Antragstellers/in und sämtlicher volljährigen Familienangehörigen**  \* Ein eventuelles Mahnverfahren richtet sich nach §§ 688 bis 703d ZPO und anderen Vorschriften. | | | | | | |
| **Antragsübermittelnde Stelle**:   |  |  | | --- | --- | | Click here to enter a date. | Click here to enter text. |   **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Datum, Unterschrift, Stempel, Name und Kontaktdaten des/der zuständigen Sachbearbeiters/in** | | | | | | |
| **Antrag auf Reintegrationsunterstützung durch das StarthilfePlus-Programm  *„Dein Land. Deine Zukunft. Jetzt!“ [01.09.2018 - 31.12.2018]* Förderprogramm des Bundesministeriums des Innern (BMI)** | | | | | | |
| Name / Vorname des Hauptantragstellers gemäß  REAG/GARP-Antrag | | | | Geburtsdatum | | Nationalität |
| Click here to enter text. | | | | Click here to enter text. | | Click here to enter text. |
|  | | | | | | |
| Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass es unbedingt erforderlich ist, dass ich innerhalb **eines Monats** nach Ausreise aus Deutschland telefonisch mit der zuständigen IOM Mission vor Ort Kontakt aufnehme. Ansonsten kann die Reintegrationsunterstützung nicht in Anspruch genommen werden.  Ich habe verstanden, dass kein automatischer Anspruch auf die Reintegrationsleistungen besteht und dass die tatsächliche Festlegung der förderfähigen Sachleistungen in einem individuellen Beratungsgespräch gemeinsam mit der IOM Mission vor Ort erfolgt.  **Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Inhalt dieser Erklärung voll und ganz verstanden habe.**  Click here to enter a date.  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Datum und Unterschrift des/der Hauptantragstellers/in** | | | | | | |
| **Antragsübermittelnde Stelle**:   |  |  | | --- | --- | | Click here to enter a date. | Click here to enter text. |   **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Datum, Unterschrift, Stempel, Name und Kontaktdaten des/der zuständigen Sachbearbeiters/in** | | | | | | |
|  | | | | | | |