

Erstantrag
  Folgeantrag (Zutreffendes bitte ankreuzen)

### 1. Angaben Antragsteller/in

<b>1.1</b>	<b>Persönliche Daten</b>	
	Name:	
	Vorname:	
	Straße:	
	Wohnort und PLZ:	
	Geburtsdatum:	
	Staatsbürgerschaft:	
	Aufenthaltsstatus:	
	Ausweisdokument:	
	Ausweisnummer:	
	derzeitige Anschrift (falls abweichend):	
	Tel. (Festnetz)	Tel. (Mobil):
<b>1.2</b>	<b>Bankverbindung Antragsteller/in</b>	
	Kontoinhaber/in:	
	Bank:	
	IBAN:	
	DE:	
<b>1.3</b>	<b>Kinder/Angehörige</b> (nur mit gleicher Wohnanschrift s.o. und tatsächlichem Aufenthalt dort; Nachweis z.B. Ausweis, Kindergeld)	
	Name, Vorname:	Geb.Datum:
	Name, Vorname:	Geb.Datum:
	Name, Vorname:	Geb.Datum:
	Name, Vorname:	Geb.Datum:
	Name, Vorname:	Geb.Datum:
<b>1.4</b>	erforderliche und beantragte Maßnahme(n) <b>Zutreffendes bitte ankreuzen</b>	
	<input type="checkbox"/> Familienzusammenführung (2.1)	
	<input type="checkbox"/> Finanzierung/Teilfinanzierung von Medikamenten und Behandlungskosten (2.2)	
	<input type="checkbox"/> Finanzierung/Teilfinanzierung von Lehrmitteln, Studenten- bzw. Ausbildungstickets (2.3)	
	<input type="checkbox"/> Finanzierung von Fahrten zu Botschaften	
	<input type="checkbox"/> Finanzierung/Teilfinanzierung von Gebühren zur Passersatzbeschaffung (2.5)	
	<input type="checkbox"/> Finanzierung/Teilfinanzierung von Gebühren zur Erstellung von Gutachten und gerichtlichen Beglaubigungen(2.6)	
	<input type="checkbox"/> sonstiges (Härtefälle, bitte gesondert darlegen, 2.7)	
<b>1.5</b>	Wurden bei anderen Spendenmittelgebern Anträge auf Übernahme von Kosten für die o.g. Maßnahme beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	wenn ja, erfolgte eine Zusage	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	wenn ja, Höhe des Zuschusses:	EUR

### 2. Voraussichtliche Kosten der beantragten Maßnahme

2.1	Familienzusammenführung folgende Kosten entstehen: (z.B. Flugkosten)	
		EUR
		EUR
2.2	erforderliche(s) Medikament(e) (vorauss. Kosten)	
		EUR
		EUR
2.2	erforderliche Behandlung (vorauss. Kosten)	
		EUR
		EUR
2.3	erforderliche(s) Lehrmittel (vorauss. Kosten):	
		EUR
		EUR
2.3	Studenten- bzw. Ausbildungsticket (z.B. Monatskarte)	
		EUR
		EUR
2.4	Fahrt zur Botschaft	
	am/vom	
	in: Kosten (z.B. Fahrkarte DB, 2. Klasse, Hin- und Rückfahrt)	EUR
2.5	Gebühr der Passersatzbeschaffung	EUR
2.6	Art des erforderlichen Gutachtens:	
	Gebühr der Erstellung des Gutachtens	EUR
2.7	Schilderung des Härtefalls:	
		EUR
<b>Gesamtsumme Kosten der Maßnahme(n)</b>		<b>EUR</b>

#### Wichtig: Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizufügen!:

- Nachweise des Aufenthaltsstatus: Duldung, Niederlassungserlaubnis, Aufenthaltserlaubnis, andere (z.B. Studenten)
- Kopien von Zahlungsbelegen (Rechnungen) für die beantragten Maßnahmen bzw. Kostenvoranschläge

**3. Selbstauskunft**

<b>3.1</b>	<b>Soziale Angaben</b>	
	Gesamtanzahl der Mitglieder des eigenen Haushalts	
	Anzahl pflegebedürftiger Personen	
	Anzahl schwerbehinderter Personen	
<b>3.2</b>	<b>Vermögensverhältnisse aller Haushaltsmitglieder</b>	
	Nicht Zutreffendes bitte streichen! Bitte entsprechende Nachweise beifügen!	
	Bargeld	
	Bausparguthaben	
	Werte aller Bankguthaben	
	Wertpapiere (Kurswert zum Zeitpunkt der Antragstellung)	
	Immobilien	
	Lebensversicherungen (Rückkaufswert)	
	sonstiges Vermögen	
<b>Gesamtsumme des Vermögens</b>		
<b>3.3</b>	Verbindlichkeiten aller Haushaltsmitglieder	
	Nicht Zutreffendes bitte streichen! Bitte entsprechende Nachweise beifügen!	
	<b>Restschuld für</b>	<b>aktueller Wert</b>
	Baufinanzierungen	
	sonstige Finanzierungen	
	Leasingverbindlichkeiten	
	Bürgschaften	
	sonstige Verbindlichkeiten	
	außergewöhnliche Belastungen	
	<b>Gesamtsumme aller Verbindlichkeiten und Belastungen</b>	
<b>3.4</b>	<b>monatliche Einnahmen aller Haushaltsmitglieder (Netto)</b>	
	Nicht Zutreffendes bitte streichen! Bitte entsprechende Nachweise beifügen!	
	Leistungen gemäß AsylbLG, SGB II, SGB III, SGB XII	
	Summe aller Einkommen aus selbständiger oder nichtselbständiger Tätigkeit (z.B. Lohn, Gehalt)	
	Summe aller Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung	
	Summe Kindergeld	
	Summe aller Rentenbezüge	
	Summe aller Kapitaleinkünfte	
	Summe aller sonst. Gewinne	
	sonstige Einnahmen	
<b>Summe aller Einnahmen</b>		
<b>3.5</b>	<b>Erklärungen zur Selbstauskunft</b>	
	<p>Ich versichere/wir versichern, dass über mein/unser Vermögen bzw. der zu meinem/unseren Haushalt gehörenden Personen kein Insolvenzverfahren beantragt, eröffnet oder mangels Masse abgelehnt wurde.</p> <p>Ich versichere/wir versichern, dass gegen mich/uns bzw. die Personen meines/unseres Haushalts keine Zwangsvollstreckung betrieben wurde bzw. derzeit stattfindet.</p>	



## Antrag auf finanzielle Unterstützung durch die „Flüchtlingshilfe Sachsen-Anhalt“ (FHST)



### 4. Erklärungen/Datenschutz

- 4.1 Ich bin/wir sind darüber informiert, dass auf die privatrechtlich beantragten freiwilligen Leistungen aus den im Rahmen der „Flüchtlingshilfe Sachsen-Anhalt“ (FHST) zur Verfügung stehenden Spendenmitteln des Bistums Magdeburg kein Rechtsanspruch besteht.
- 4.2 Ich bin/wir sind darüber informiert, dass im Rahmen der „Flüchtlingshilfe Sachsen-Anhalt“ (FHST) erhobene Daten für die Antragsbearbeitung (auch in elektronischer Form) verwendet werden. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die erhobenen Daten intern anonymisiert für statistische Zwecke verwendet werden dürfen.
- 4.3 Ich versichere/wir versichern, dass alle Personen des Haushalts zusammen aus eigener Kraft nicht in der Lage sind, die beantragte(n) Maßnahme(n) zu finanzieren.
- 4.4 Ich versichere/wir versichern hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag einschließlich der Selbstauskunft gemachten Angaben.
- 4.5 Es ist mir/uns bekannt, dass falsche Angaben die sofortige Rückforderung einer Zuwendung zur Folge haben können.
- 4.6 Ich bin/wir sind darüber unterrichtet, dass die Zuwendung als ein zinsloses Überbrückungsdarlehen oder eine Schenkung ausgereicht werden kann.
- 4.7 Mir ist bekannt, dass die Auszahlung der Leistungen vorbehaltlich vorhandener finanzieller Mittel im Flüchtlingshilfefond erfolgt. Entsprechendes gilt für die Höhe der finanziellen Unterstützung.

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige(n) ich/wir die Richtigkeit aller Angaben in diesem Formular und beantrage(n) eine finanzielle Unterstützung aus der „Flüchtlingshilfe Sachsen-Anhalt“ (FHST) für die unter Punkt 2 angekreuzte(n) Maßnahme(n).

.....  
Ort, Datum

.....  
Antragsteller 1

.....  
Antragsteller 2