



VOGELSBERG

Amt für Soziales und  
Ausländerrecht  
Goldhelg 20/  
Bahnhofstr. 49  
36341 Lauterbach

- Antrag auf Bürgergeld (SGB II)
- Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII
- Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe
- Antrag auf Leistungen nach dem AsylbLG

Eingang:

Bitte füllen Sie Ihren Antrag vollständig und leserlich aus. Überprüfen Sie Ihre Angaben nochmals genau.  
Für die Bildungs- und Teilhabeleistungen füllen Sie bitte die erforderliche Anlage aus.  
Für Fragen zum Antrag können Sie sich gerne an uns wenden.

**1. Antragstellende Person(en)** (bitte alle Personen ab 18 Jahren angeben)

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
c/o-Adressierung: (z.B. bei Familie Müller)	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer*:	
E-Mail-Adresse*:	

\* (Die Angabe ist freiwillig)

**2. Bankverbindung** (bitte geben Sie eine Bankverbindung an, da die Leistungen in der Regel bargeldlos überwiesen werden)

IBAN:	
Geldinstitut:	
Name des Kontoinhabers:	

**3. In der Unterkunft lebe ich seit** \_\_\_\_\_  alleine  mit folgenden Personen:

Nr.	Name	Vorname	Geburtsdatum	Verhältnis zu 1 (z.B. Ehegatte, Kind)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Bei mehr als 7 Haushaltsangehörigen geben Sie die weiteren Personen bitte unter Punkt 12 an

#### 4. Persönliche Angaben

Sollten mehr als 3 Personen im Haushalt leben, verwenden Sie die Seiten 2 bis 4 auch für die weiteren Personen. Hierzu bitte die Seiten entsprechend kopieren.

Personendaten	Person 1 / 4 / 7	Person 2 / 5 /	Person 3 / 6 /
Name			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt
ggf. Geburtsname			
Geburtsort			
Geburtsland			
Familienstand			
seit			
wenn verheiratet, bitte Aufenthaltsort des Partners/der Partnerin angeben (falls nicht im Haushalt lebend)			
Staatsangehörigkeit			
Aufenthalt (Einreise) in Deutschland seit			
<b>Im Herkunftsland habe ich gelebt von</b>			
Aufenthaltserlaubnis nach § 24 AufenthG, gültig bis			
AZR-Nummer			
Sind Sie - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben? (Angabe erforderlich ab 15)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Wenn nein, weil	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Wenn nein, weil	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Wenn nein, weil

#### 5. Krankenversicherung (bei Bezug von Bürgergeld für erwerbsfähige Personen)

Sind Sie krankenversichert, legen Sie bitte Ihre gültige elektronische Gesundheitskarte vor, sind Sie nicht krankenversichert, reichen Sie bitte eine Mitgliedsbestätigung einer Krankenkasse ein. Kann keine Mitgliedsbestätigung einer Krankenkasse vorgelegt werden, wählen Sie bitte eine Krankenkasse mit beigefügtem Formular)

Krankenversicherung	Person 1 / 4 / 7	Person 2 / 5 /	Person 3 / 6 /
Name der Krankenkasse			
Sozialversicherungsnummer (falls schon vergeben)			

## 6. Mehrbedarfe

(diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, sofern Sie einen Mehrbedarf beanspruchen; legen Sie bitte Nachweise bei)

Art des Mehrbedarfs	Person 1 / 4 / 7	Person 2 / 5 /	Person 3 / 6 /
Alleinerziehend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____		
Name und Anschrift des Kindsvaters/ der Kindsmutter (nicht antragstellende Person)			
bei Schwangerschaft: berechneter Entbindungstermin			
Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen G oder aG	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
kostenaufwändige Ernährung aus medizinischen Gründen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## 7. Wohnverhältnisse

Ich/ Wir wohne(n)

- mietfrei
- in einer Gemeinschaftsunterkunft/ Notunterkunft\*
- in einer vom Vogelsbergkreis angemieteten Wohnung\*
- in einer privaten Wohnung mit Beteiligung an den Neben- und Heizkosten
- in einer Privatwohnung zur Miete (bitte Mietvertrag und Mietbescheinigung vorlegen)

\* Bei Zahlung von Unterbringungsgebühren an den Vogelsbergkreis: Ich/ Wir sind damit einverstanden, dass die Gebühren vom Leistungsanspruch einbehalten und direkt an die Kreiskasse gezahlt werden (wenn nicht einverstanden, bitte streichen).

## 8. Einkommensverhältnisse

(bitte tragen Sie alle Einnahmen ein, die Sie in Deutschland oder aus dem Ausland tatsächlich erhalten und fügen Sie Nachweise bei)

Einnahmen aus	Person 1 / 4 / 7	Person 2 / 5 /	Person 3 / 6 /
Unterhalt von Angehörigen	€	€	€
Lohn	€	€	€
Arbeitgeber:			
Ausländische Rente (Betrag und Währung)			
Sonstige Einnahmen: _____	€	€	€
<b>Person hat</b>	<input type="checkbox"/> keine Einnahmen	<input type="checkbox"/> keine Einnahmen	<input type="checkbox"/> keine Einnahmen

### 9. Beantragte Sozialleistungen

Art der Sozialleistung	Person 1 / 4 / 7	Person 2 / 5 /	Person 3 / 6 /
Wurden andere Leistungen beantragt, z.B. Kindergeld, Elterngeld, BAföG, Unterhaltsvorschuss etc.?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche Leistung?	_____	_____	_____

### 10. Vermögenswerte im In- und/oder Ausland (bitte Nachweise beifügen)

- Ich beantrage zum ersten Mal Bürgergeld. Ich erkläre, dass ich und die mit mir in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen kein erhebliches zu berücksichtigendes Vermögen haben. Das Vermögen meiner Bedarfsgemeinschaft überschreitet nicht die Summe von 40.000 Euro für mich sowie 15.000 Euro für jede weitere mit mir in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Person. Zum Vermögen mache ich die nachfolgenden Angaben. Mir ist bekannt, dass die KVA, Kommunales Jobcenter, weitere Nachweise anfordern kann.
- Ich beantrage Leistungen nach dem SGB XII oder dem AsylbLG. Zum Vermögen mache ich die folgenden Angaben.

Vermögen aus	Person 1 / 4 / 7	Person 2 / 5 /	Person 3 / 6 /
Bargeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Betrag:	_____ €	_____ €	_____ €
Guthaben auf Bankkonten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Betrag:	_____ €	_____ €	_____ €
Bei Ausland: Bankkarte vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Guthaben auf PayPal-Konto	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Betrag:	_____ €	_____ €	_____ €
Guthaben auf Kreditkarte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Betrag:	_____ €	_____ €	_____ €
Wertpapiere (z.B. Aktien, Fonds, ETFs, Anleihen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, was und wieviel?	_____ / _____ €	_____ / _____ €	_____ / _____ €
Immobilien (auch unbebaute Grundstücke)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, was?	_____	_____	_____
Kraftfahrzeuge (PKW, LKW, Motorrad o.ä.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, was?	_____	_____	_____
Sonstige Vermögen (z.B. Schmuck, Edelmetalle, Antiquitäten, Kryptowährungen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, was und wieviel?	_____ €	_____ €	_____ €

**11. In den nächsten Monaten ergeben sich für uns jetzt schon bekannte Änderungen:**

---

---

**12. Raum für weitere Angaben**

---

---

**13. Erklärungen und Unterschrift aller volljährigen Personen ab 18 Jahren**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr und vollständig sind. Ich verpflichte mich, jede Änderung der Familien-, Einkommens-, Vermögens- und Wohnungsverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, Krankenhausaufenthalte und ähnliches (auch von Haushaltsangehörigen) unverzüglich und unaufgefordert dem Amt für Soziales und Ausländerrecht, mitzuteilen. Die Aufnahme jeglicher Arbeitsverhältnisse ist **vor** Aufnahme der Tätigkeit, **spätestens** jedoch 3 Werktage danach, anzuzeigen. Nach §§ 60-67 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I) bin ich zur Mitwirkung verpflichtet. Über meine Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung gem. § 9 Abs. 3 AsylbLG i. V. m. §§ 60 ff. SGB I bin ich unterrichtet worden. Das Hinweisblatt wurde mir mit dem Antrag ausgehändigt. Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist und zu Unrecht gezahlte Leistungen zurückgezahlt werden müssen. Weiterhin werden Personen, die Leistungen beziehen, regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs überprüft, ob und in welcher Höhe und für welche Zeiträume von Ihnen Leistungen der Bundesagentur für Arbeit oder der Träger der Unfall- und Rentenversicherung oder durch andere Sozialleistungsträger bezogen wurden oder werden. Zusätzlich wird eine Überprüfung von erteilten Freistellungsaufträgen beim Bundesamt für Finanzen durchgeführt.

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatischen Datenverarbeitung gespeichert werden. Mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten bin ich einverstanden. Die Ausführungen zum Datenschutz in den beigefügten Datenschutzhinweisen habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift erste Antrag stellende Person  
ab 18 Jahren

Unterschrift zweite Antrag stellende Person  
ab 18 Jahren

Ort, Datum

Unterschrift dritte Antrag stellende Person  
ab 18 Jahren

Unterschrift vierte Antrag stellende Person  
ab 18 Jahren

Ort, Datum

Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in  
(falls Antragsteller/in minderjährig)

**14. Identitätsprüfung** (vom Vogelsbergkreis auszufüllen)

Der/ Die Antragsteller hat/ haben am \_\_\_\_\_ vorgesprochen und sich ausgewiesen durch

Pass, gültig bis \_\_\_\_\_.

Passersatzpapier: \_\_\_\_\_, gültig bis \_\_\_\_\_.  
(Bezeichnung)

Die Prüfung wurde durchgeführt von: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift



**Amt für Soziales und  
Ausländerrecht  
Goldhelg 20/  
Bahnhofstr. 49  
36341 Lauterbach**

## Anlage zum Antrag Leistungen für Bildung und Teilhabe

Eingang:

### Antragstellende Person als Vertretung der Bedarfsgemeinschaft

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

### Leistungen für Bildung und Teilhabe

	Kind	Kind	Kind
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
<b><u>Leistung</u></b>			
<b>A</b> Eintägige Ausflüge von Schule oder Kita <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Mehrtägige Klassenfahrten/ Ausflüge von Schule oder Kita <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Schulbedarf zum 01. August und 01. Februar	wird bei Leistungsbezug automatisch berücksichtigt <sup>2</sup>	wird bei Leistungsbezug automatisch berücksichtigt <sup>2</sup>	wird bei Leistungsbezug automatisch berücksichtigt <sup>2</sup>
<b>D</b> Zuschuss zu den Fahrtkosten für Schülerinnen und Schüler <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E</b> Angemessene Lernförderung <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F</b> Mittagsverpflegung in Schule oder Kita <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G</b> Leistungen für die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 bitte Anlage A/B von der Schule bzw. Kita ausfüllen lassen und zurückgeben

2 bitte einen Nachweis über die Einschulung vorlegen, wenn das Kind zum Stichtag 6 Jahre alt ist bzw. eine Schulbescheinigung einreichen, wenn das Kind zum Stichtag 15 Jahre oder älter ist

3 bitte Anlage D ausfüllen und die dort aufgeführten Nachweise beifügen

4 bitte Anlage E von der Schule ausfüllen lassen und mit den dort aufgeführten Nachweisen zurückgeben

5 bitte Anlage F ausfüllen und die dort aufgeführten Nachweise beifügen


6 bitte Anlage G ausfüllen und die dort aufgeführten Nachweise beifügen

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift Antrag stellende Person

Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in  
(falls Antragsteller/in minderjährig)

	<p style="text-align: center;"><b>Wahl einer Krankenkasse</b></p> <p><input type="checkbox"/> wegen Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V*</p> <p><input type="checkbox"/> zur Durchführung der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 3 SGB V</p>	<p><b>Eingang:</b></p>
---	--	------------------------

Amt für Soziales und Ausländerrecht  
Goldhelg 20/ Bahnhofstr. 49

36341 Lauterbach

Ich

\_\_\_\_\_  
(Frau/Herr/Divers, Vorname, Name, Geburtsname – falls abweichend)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit)

\_\_\_\_\_  
(Rentenversicherungsnummer – falls bekannt)

wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

bin nicht krankenversichert und wähle

ab dem Beginn des Bezugs von Bürgergeld für erwerbsfähige Personen (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V)

ab dem Bezug von Leistungen nach dem SGB XII (§ 264 Abs. 3 SGB V)

folgende Krankenkasse:

(Name und Anschrift der Krankenkasse)

Ich bitte Sie, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren.

Mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten einschließlich aller nicht versicherten Angehörigen (im Fall des § 264 Abs. 3 SGB V) bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\* Die Erklärung ist für jede erwerbsfähige Person in der Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren erforderlich und möglich bis 30.04.2024.

## Antrag auf Bürgergeld

### Angaben zur Eingliederung in Arbeit

Eingang:

Angaben für die Vermittlung von \_\_\_\_\_.  
Die Anlage muss von allen Personen der Bedarfsgemeinschaft **ab 15 Jahren** separat ausgefüllt werden.

#### 1. Erwerbsfähigkeit

Sind Sie - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben?  Ja  Nein

Wenn nein, weil \_\_\_\_\_

Wenn nein, wurde Erwerbsminderungsrente beantragt?  Ja  Nein

#### Ich bin

noch in Schulausbildung (*bitte Schulbescheinigung vorlegen*)  
voraussichtliches Ende der Schulzeit: \_\_\_\_\_  
Schulform: \_\_\_\_\_  
Schule (Name und Anschrift) \_\_\_\_\_

wenn die Schule in den nächsten 12 Monaten beendet wird: es ist geplant:

weiterführende Schule  Studium  Berufsausbildung

noch in Berufsausbildung (*bitte Ausbildungsvertrag vorlegen*)  
als \_\_\_\_\_  
voraussichtliches Ende der Ausbildung: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber (Name und Anschrift) \_\_\_\_\_

in Beschäftigung (*bitte Arbeitsvertrag vorlegen*)  
als \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber (Name und Anschrift) \_\_\_\_\_

#### 2. Lebenslauf

Bitte auf einem gesonderten Blatt erstellen und mitbringen.

#### 3. Beschäftigungswunsch (Vermittlungsprofil)

Ich stehe der Vermittlung ab \_\_\_\_\_ in  Vollzeit  Teilzeit (\_\_\_ Stunden/tgl.) zur Verfügung

Beruf(e): \_\_\_\_\_

Tätigkeitsbereich: \_\_\_\_\_

Alternativen: \_\_\_\_\_



#### 4. Führerschein

- Ein in Deutschland gültiger Führerschein ist
- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
|------------------------------------|--|
- Klassen
- |                                     |                                  |                             |                              |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> B/PKW      | <input type="checkbox"/> BE/PKW  | <input type="checkbox"/> C  | <input type="checkbox"/> C1  |
| <input type="checkbox"/> CE         | <input type="checkbox"/> C1E     | <input type="checkbox"/> D1 | <input type="checkbox"/> D1E |
| <input type="checkbox"/> D/Bus      | <input type="checkbox"/> DE      | <input type="checkbox"/> L  | <input type="checkbox"/> T   |
| <input type="checkbox"/> A/Motorrad | <input type="checkbox"/> M/Moped |                             |                              |
- Anhängererfahrung  ja  nein
- Sattelzug-/Aufliegererfahrung  ja  nein
- Weitere Führerscheine
- |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gabelstaplerschein         | <input type="checkbox"/> Baumaschinen | <input type="checkbox"/> Forstmaschinen |
| <input type="checkbox"/> Personenbeförderungsschein | <input type="checkbox"/> Minibagger   | <input type="checkbox"/> Kranschein     |
| <input type="checkbox"/> ADR explosive Stoffe       | <input type="checkbox"/> ADR Stückgut | <input type="checkbox"/> ADR Tankwagen  |
| <input type="checkbox"/> ADR radioaktive Stoffe     | <input type="checkbox"/> _____        | <input type="checkbox"/> _____          |
- Eigener PKW ist vorhanden
- Sonstiges eigenes Fahrzeug ist vorhanden, um zur Arbeit zu gelangen
- Führerschein ist entzogen  auf Zeit bis \_\_\_\_\_  MPU erforderlich

#### 5. Qualifikation

- Der höchste Schulabschluss ist? (Schulart, Abschlussart) \_\_\_\_\_
- Der höchste Berufsabschluss ist? (Beruf, Abschlussart) \_\_\_\_\_
- Der höchste Studienabschluss ist? (Studium, Abschlussart) \_\_\_\_\_
- Bei Schulbesuch/Ausbildung/Studium im Ausland
- Der Schulabschluss ist in Deutschland anerkannt  ja  nein
- Der Berufsabschluss ist in Deutschland anerkannt  ja  nein
- Der Studienabschluss ist in Deutschland anerkannt  ja  nein

#### 6. Sprachkenntnisse

- Deutsch ist Muttersprache  ja  nein
- Deutschkenntnisse
- |           |                                   |                              |                                 |                                   |                                    |
|-----------|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| verstehen | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| sprechen  | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| lesen     | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| schreiben | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gar nicht |
- Zusätzliche Bemerkung: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

<b>Weitere Sprache</b>						
verstehen	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> gar nicht	
sprechen	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> gar nicht	
lesen	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> gar nicht	
schreiben	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> gar nicht	
Zusätzliche Bemerkung: _____						
<b>Weitere Sprache</b>						
verstehen	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> gar nicht	
sprechen	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> gar nicht	
lesen	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> gar nicht	
schreiben	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> gar nicht	
Zusätzliche Bemerkung: _____						

<b>7. Weitere Qualifikationen</b>		
EDV Kenntnisse	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig
	<input type="checkbox"/> gute	<input type="checkbox"/> sehr gute Kenntnisse
Erfahrung mit folgenden EDV-Programmen:	<input type="checkbox"/> Textverarbeitung	<input type="checkbox"/> Tabellenkalkulation
	<input type="checkbox"/> E-Mail Programmen	<input type="checkbox"/> Fotoprogrammen
	<input type="checkbox"/> Suche im Internet	<input type="checkbox"/> weitere
Sonstige Qualifikationen	<input type="checkbox"/> Schweißerschein	<input type="checkbox"/> Schweißerkennnisse
	<input type="checkbox"/> Motorsägeschein	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

## ASSESSMENT

Folgende Angaben dienen überwiegend der Integration in den Arbeitsmarkt. Wir möchten Sie umfassend beraten und unterstützen. Dazu benötigen wir Informationen zu Ihrer persönlichen, gesundheitlichen, finanziellen, rechtlichen und beruflichen Situation. Gemeinsam werden wir Wege für eine Integration in den Arbeitsmarkt entwickeln.

<b>Arbeit</b>	
Wie sieht es mit Eigeninitiative bezüglich Arbeitsplatzsuche aus?	
Ich überwache den lokalen Stellenmarkt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Zeitungen <input type="checkbox"/> Internet
Ich habe bereits schriftliche Bewerbungen laufen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wie viele Bewerbungen hatten Sie in den letzten 3 Monaten?	_____
Wie viele Vorstellungsgespräche haben Sie derzeit vereinbart?	_____
<b>Gesundheit</b>	
Liegt ein Grad der Behinderung vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Grad der Behinderung in Höhe von _____	(bitte Bescheid Versorgungsamt beilegen)
Art der Behinderung:	_____

Es bestehen körperliche und/oder psychische Einschränkungen (bitte Nachweise in Form von Attesten vorlegen)

Art der Einschränkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beeinträchtigt dies die Vermittlungsfähigkeit am Arbeitsmarkt?  ja  nein

Bestehen diese Einschränkungen aufgrund von Abhängigkeiten?  ja  nein

Art der Abhängigkeit: \_\_\_\_\_

### Wohnen

Es bestehen Wohnungsprobleme (z.B. angedrohte Kündigung, Räumungsklage, Unstimmigkeiten mit Vermieter)

Art des Problems: \_\_\_\_\_

Beeinträchtigt dies die Vermittlungsfähigkeit am Arbeitsmarkt?  ja  nein

### Finanzen

Es bestehen finanzielle Schwierigkeiten

Art des Problems: \_\_\_\_\_

Insolvenzverfahren wurde bereits angemeldet und läuft noch bis \_\_\_\_\_

Beeinträchtigt dies die Vermittlungsfähigkeit am Arbeitsmarkt?  ja  nein

### Persönliches

Es bestehen Pflegeaufgaben gegenüber Angehörigen, so dass räumliche und zeitliche Einschränkung vorhanden sind

Art der Aufgaben: \_\_\_\_\_

Zeitraum der Aufgaben: \_\_\_\_\_

Für die zu Pflegenden Person liegt ein Pflegegrad vor. Pflegegrad \_\_\_\_\_ (bitte Nachweis beifügen)

Es bestehen zeitliche Einschränkungen aufgrund anderer Verpflichtungen z.B. Kinderbetreuung

Art der Verpflichtung: \_\_\_\_\_

Zeitraum der Aufgaben: \_\_\_\_\_

Beeinträchtigt dies die Vermittlungsfähigkeit am Arbeitsmarkt?  ja  nein

### Recht

Es bestehen rechtliche Schwierigkeiten (z.B. laufende Gerichtsverfahren, Vorstrafen, Bewährungsauflagen)

Art der Schwierigkeit: \_\_\_\_\_

Beeinträchtigt dies die Vermittlungsfähigkeit am Arbeitsmarkt?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antrag stellende Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzliche Vertretung  
(falls antragstellende Person minderjährig)

## Belehrung über Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat im Rahmen seiner Möglichkeiten gem. §§ 60 ff. SGB I an der Feststellung seines geltend gemachten Bedarfs **mitzuwirken**. Dazu gehört u. a., dass Sie alle Tatsachen aus Ihrem **persönlichen und finanziellen Bereich**, sowie **alle Änderungen** bereits mitgeteilter Tatsachen unaufgefordert und unverzüglich dem Amt für Soziales und Ausländerrecht mitzuteilen haben.

Diese Mitwirkungspflicht bezieht sich auch auf **alle weiteren Haushaltsangehörigen**.

### Mitzuteilen ist/sind insbesondere:

- Aufnahme bzw. Beendigung einer **Erwerbstätigkeit** (auch geringfügige Beschäftigungen bzw. 538 € Jobs)
- Beginn bzw. Beendigung einer **Ausbildung/Fortbildung/Umschulung**
- Änderungen in den **Einkommens- und Vermögensverhältnissen**
- Gewährung anderer Leistungen (**z. B. Arbeitslosengeld I, Wohngeld, Unterhaltsvorschuss**)
- jede längere **Abwesenheit** (z. B. Besuch von Verwandten, Haft)
- der Besitz, Erwerb bzw. die Veräußerung eines **PKW**
- Änderung des Familienstandes (z. B. **Heirat, Scheidung**)
- **Schwangerschaft bzw. Geburt** eines Kindes
- **Änderung des Aufenthaltsstatus**
- Auszahlung eines **Guthabens aus einer Nebenkostenabrechnung**

Sie sind verpflichtet, auf Verlangen des Sozialamtes Beweismittel, die zur Feststellung Ihres geltend gemachten Bedarfs notwendig sind, näher zu bezeichnen, vorzulegen oder der Vorlage/Übersendung durch Dritte zuzustimmen.

Ein Bewilligungsbescheid, der auf von Ihnen gemachten falschen oder unvollständigen Angaben beruht, ist **rechtswidrig**. Überzahlte Leistungen werden nach Rücknahme des Bescheides von Ihnen **zurückgefordert**. Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben ist gem. § 263 Strafgesetzbuch (StGB) eine **strafrechtliche Verfolgung** wegen Betruges möglich.

Die Kenntnisnahme und den Erhalt dieser Belehrung über die Mitwirkungspflichten und Rechtsfolgen wird bescheinigt:

## Informationen für Ihre Unterlagen

### Arbeitsaufnahme

Jede Arbeitsaufnahme (auch Minijobs, Praktika, Selbstständigkeiten) müssen Ihrer\*m zuständigen Sachbearbeiter\*in und Betreuer\*in mitgeteilt werden. Ihren Arbeitsvertrag reichen Sie bitte unverzüglich nach Erhalt (per E-Mail/ per Post oder persönlich) ein. Die Lohnabrechnungen und Nachweise über sonstige Aufwendungen für die Beschäftigung (z. B. Fahrtickets) reichen Sie bitte monatlich ein. Ebenso ist es für uns wichtig, wann Sie Ihren Lohn erhalten haben. Hierzu reichen Sie uns nach Erhalt Ihres ersten Lohns entsprechende Nachweise (z. B. Kontoauszüge oder BAR-Quittungen) ein.

### Ortsabwesenheit/Besuch von Verwandten

Bitte teilen Sie Ihrer\*m zuständigen Betreuer\*in eine längere Ortsabwesenheit (länger als 3 Tage) mit. Dadurch kommt es zu keinen Problemen in Ihrer Leistungsgewährung.

### Rundfunkgebühren

Als Empfänger von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und Leistungen nach dem SGB II und SGB XII können Sie sich von der Rundfunkbeitragspflicht befreien lassen. Einen entsprechenden Antrag finden Sie unter [www.rundfunkbeitrag.de](http://www.rundfunkbeitrag.de). Alternativ können Sie sich an Ihre\*n zuständige\*n Betreuer\*in wenden.

Sofern Sie in einer Gemeinschaftsunterkunft wohnen, sind Sie bereits grundsätzlich von der Gebühr befreit.

### Umzug in eine Privatwohnung

Grundsätzlich werden Sie durch uns in einer Gemeinschaftsunterkunft oder Asylwohnung untergebracht. Ein Anspruch Ihrerseits auf die Unterbringung in einer bestimmten Unterkunft besteht nicht.

In Ausnahmefällen ist eine Unterbringung in einer anderen Unterkunft (z. B. Privatwohnung) möglich. Sprechen Sie hierzu bitte Ihren zuständigen Betreuer an. Bevor Sie einen Mietvertrag für eine Wohnung abschließen, holen Sie sich immer eine schriftliche Zustimmung des Leistungsträgers ein, damit Sie sichergehen können, dass die Kosten der neuen Unterkunft angemessen sind und der Umzug genehmigt wird. Wird ein Mietvertrag ohne unsere Zustimmung unterzeichnet, können die Kosten nicht von uns übernommen werden, sondern müssen eigenständig von Ihnen getragen werden.

## **Datenschutzhinweise**

im Zusammenhang mit der Beantragung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) sowie Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern II und XII beim Amt für Soziales und Ausländerrecht des Vogelsbergkreises (Art. 13 und 14 DSGVO)

### **1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen**

Vogelsbergkreis  
Der Kreisausschuss  
Goldhelg 20  
36341 Lauterbach  
Tel.: +49 6641 977-0  
E-Mail: info@vogelsbergkreis.de

### **2. Kontaktdaten der/des Datenschutzbeauftragten**

Vogelsbergkreis  
Der Kreisausschuss  
Datenschutz  
Goldhelg 20  
36341 Lauterbach  
Tel.: +49 6641 977-317  
E-Mail: datenschutz@vogelsbergkreis.de

### **3. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung**

#### **3.1 Verarbeitungszweck**

Das Amt für Soziales und Ausländerrecht des Vogelsbergkreises verarbeitet Daten zum Zweck der gesetzlichen Aufgabenerfüllung nach den Vorgaben des AsylbLG, des SGB II und SGB XII. Das Amt für Soziales und Ausländerrecht ist nach Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen zur Erbringung von Geld-, Sach- und Dienstleistungen verpflichtet. Hierzu zählen insbesondere Leistungen zur Beratung, Sicherung des Lebensunterhalts, Beendigung oder Verringerung der Hilfebedürftigkeit.

Darüber hinaus werden personenbezogene Daten auch bei der Durchführung von Erstattungsansprüchen anderer Leistungsträger oder anderer Stellen oder der Bekämpfung von Leistungsmissbrauch verarbeitet. Dasselbe gilt für die Ausstellung von Bescheinigungen. Personenbezogene Daten werden zudem zu Statistikzwecken verarbeitet.

#### **3.2 Rechtsgrundlagen**

Die Datenverarbeitung durch das Amt für Soziales und Ausländerrecht des Vogelsbergkreises stützt sich insbesondere auf Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe c) DSGVO i. V. m. dem AsylbLG, dem SGB II bzw. SGB XII sowie auf spezialgesetzliche Regelungen.

Darüber hinaus ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe a) DSGVO eine Datenverarbeitung auch zulässig, wenn die betroffene Person ihre Einwilligung erteilt hat.

### **4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten**

#### **4.1 Empfänger**

Die unter 4.2 genannten Datenkategorien können zum Zwecke der gesetzlichen Aufgabenerledigung des Amtes für Soziale Sicherung an Dritte übermittelt werden wie beispielsweise:

Andere Sozialleistungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung, Jobcenter), Arbeitgeber, Ausbildungsbetriebe, Finanzämter, Zollbehörden, Strafverfolgungsbehörden und Behörden der Gefahrenabwehr (z. B. Polizei, Staatsanwaltschaft, Verfassungsschutz), Gerichte, andere Dritte wie z. B. kommunale Ämter, Kfz-Zulassungsstelle, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundeszentralamt für

Steuern, Bundesrechnungshof, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Auftragsverarbeiter (z. B. Scandienstleister, IT-Dienstleister), Vermieter (wenn an diesen direkt gezahlt wird) oder Energieversorger (wenn an diesen direkt gezahlt wird), Schuldnerberatung (nur mit Einwilligung des Betroffenen), Suchtberatung (nur mit Einwilligung des Betroffenen), psychosoziale Betreuung (nur mit Einwilligung des Betroffenen), Schulen (nur mit Einwilligung des Betroffenen).

## **4.2 Kategorien von Empfängern**

Nachfolgende Kategorien der personenbezogenen Daten werden durch das Amt für Soziales und Ausländerrecht des Vogelsbergkreises verarbeitet:

### **4.2.1 Stammdaten inkl. Kontaktdaten**

Das sind beispielsweise: Aktenzeichen, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift (ggf. auch frühere), Telefonnummer (freiwillige Angabe), E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe), Familienstand, Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus, Dauer des Aufenthaltstitels, Renten-/Sozialversicherungsnummer, Bankverbindung, Steuer-ID.

### **4.2.2 Daten zur Leistungsberechnung nach dem AsylbLG sowie SGB II bzw. SGB XII**

Einkommensnachweise, Vermögensnachweise, Leistungszeitraum, -höhe, -art, Bedarfe der Unterkunft und Heizung, Daten zu Unterhaltsansprüchen/Regressansprüchen, Daten zur Krankenversicherung, Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Daten zur Dauer und Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses, Vollstreckungsdaten.

### **4.2.3 Gesundheitsdaten**

Das sind beispielsweise Begutachtungen oder Stellungnahmen durch das Gesundheitsamt des Vogelsbergkreises, des Medizinischen Dienstes der Renten- und Krankenversicherung, Feststellungen des Versorgungsamtes zum Grad der Behinderung.

### **4.2.4 Forschungsdaten (Befragungsdaten) und Statistiken**

Das sind beispielsweise freiwillige Angaben: Zuwanderung, Aussiedler/Spätaussiedler/Zuwanderung der Eltern.

## **5. Datenverarbeitung und Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten**

Die personenbezogenen Daten werden im meist maschinellen Verfahren zur Berechnung der zustehenden Leistungen und für die Leistungen zur Eingliederung in Arbeit zugrunde gelegt. Das Amt für Soziales und Ausländerrecht des Vogelsbergkreises setzt dabei technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen ein, um die personenbezogenen Daten gegen unbeabsichtigte oder unrechtmäßige Vernichtung, Verlust oder Veränderung sowie gegen unbefugte Offenlegung oder unbefugten Zugang zu schützen. Die Sicherheitsstandards entsprechen stets den aktuellen technologischen Entwicklungen.

Für Daten zur Inanspruchnahme von Geld- und Sachleistungen nach dem AsylbLG sowie dem SGB II und SGB XII besteht eine Speicherfrist von 10 Jahren nach Beendigung des Falles. Die gleiche Speicherdauer besteht für ärztliche Unterlagen, soweit diese für das Gesundheitsamt des Vogelsbergkreises vorgelegt wurden. Ein Fall ist in diesem Zusammenhang beendet, wenn die Hilfebedürftigkeit weggefallen ist oder aus anderen Gründen kein Anspruch mehr auf Leistungen besteht, es sei denn, Rechtsstreitigkeiten sind nicht abgeschlossen. Die Frist von 10 Jahren beruht auf der gesetzlichen Möglichkeit der Rückforderung von Leistungen, wenn in diesem Zeitraum bekannt wird, dass Leistungen zu Unrecht gewährt wurden.

Ist eine Forderung des Amtes für Soziale Sicherung (Erstattungsbescheid/ Darlehen) noch offen, werden die Daten 30 Jahre lang aufbewahrt, weil erst dann die Ansprüche nach dem SGB X verjähren.

## **6. Betroffenenrecht**

**Gem. der DSGVO bestehen verschiedene Rechte. Einzelheiten ergeben sich insbesondere aus Artikel 15 bis 18 und 21 der Verordnung.**

### **6.1 Recht auf Auskunft**

Sie können Auskunft über Ihre vom Amt für Soziales und Ausländerrecht des Vogelsbergkreises verarbeiteten personenbezogenen Daten verlangen. In Ihrem Auskunftsantrag sollten Sie Ihr Anliegen präzisieren, um dem Amt für Soziales und Ausländerrecht des Vogelsbergkreises das Zusammenstellen der erforderlichen Daten zu erleichtern.

### **6.2 Berichtigung / Vervollständigung**

Sollten die Sie betreffenden Angaben nicht (mehr) zutreffend sein, können Sie eine Berichtigung verlangen. Sollten Ihre Daten unvollständig sein, können Sie eine Vervollständigung verlangen.

### **6.3 Löschung**

Sofern nachgewiesen wird, dass personenbezogene Daten zu Unrecht verarbeitet wurden, wird unverzüglich die Löschung der betroffenen Daten veranlasst. Das gilt auch, wenn die Daten zur Aufgabenerledigung nicht mehr benötigt werden. Für die Beurteilung dieser Sachlage sind die Speicherfristen maßgebend, wobei Rechnungslegungsfristen oder Rückforderungsfristen (vgl. hierzu Punkt 5. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten) zu berücksichtigen sind.

## **7. Widerruf der Einwilligung**

Werden Daten auf der Grundlage einer Einwilligung des Betroffenen verarbeitet, kann die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt davon unberührt.

## **8. Beschwerderecht**

Sie haben die Möglichkeit, sich an den Datenschutzbeauftragten des Kreisausschusses des Vogelsbergkreises (Kontaktdaten siehe unter 2.) oder direkt an die Aufsichtsbehörde, d.h. den Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, Postfach 31 63, 65021 Wiesbaden, E-Mail: Poststelle(at)datenschutz-hessen.de, Tel.: +49 611 1408 – 0 zu wenden, sofern Sie der Meinung sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden Daten gegen die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verstößt.

## **9. Mitwirkungspflichten, Auskunftspflichten und Folgen der Nichtbeachtung**

Wer Sozialleistungen (das sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen) beim Amt für Soziales und Ausländerrecht des Vogelsbergkreises beantragt hat oder vom Amt für Soziales und Ausländerrecht erhält, ist zur Mitwirkung verpflichtet. Das bedeutet, dass die betroffene Person alle leistungsrelevanten Tatsachen angeben muss, ebenso Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, die Auswirkungen auf die Leistungsgewährung haben können. Die Mitwirkungspflichten gelten auch im Rahmen von Vermittlungsleistungen. Zu den Mitwirkungspflichten zählen auch die Vorlage von entscheidungsrelevanten Unterlagen, die Zustimmung zur Auskunftseinholung bei Dritten, das persönliche Erscheinen beim zuständigen Leistungsträger sowie ggf. die Zustimmung zur Durchführung von ärztlichen oder psychologischen Untersuchungsmaßnahmen. Die Mitwirkungspflichten ergeben sich aus dem Sozialgesetzbuch. Im Falle der Nichtbeachtung können die Leistungen versagt oder entzogen werden.



## **10. Datenquellen (öffentlich zugänglich)**

Das Amt für Soziales und Ausländerrecht des Vogelsbergkreises kann unter Beachtung der gesetzlichen Voraussetzungen personenbezogene Daten auch bei anderen öffentlichen und nicht öffentlichen Stellen oder Personen erheben. Dies können z.B. andere Sozialleistungsträger, Arbeitgeber, Ausbildungsbetriebe, Maßnahme-/Bildungsträger etc. sein. Darüber hinaus können personenbezogene Daten auch aus öffentlichen Quellen bezogen werden wie z.B. Internet, Melderegister, Handelsregister, Grundbuchämter usw.

## **11. Zweckänderung**

Die Verwendung personenbezogener Daten zu anderen Zwecken als dem Erhebungszweck ist nur im Rahmen der unter Punkt 3.1 genannten Zwecke zulässig und sofern der neue Zweck mit dem Erhebungszweck kompatibel ist.

## **Kontaktdaten:**

**Ausländerbehörde:** (für alle ausländerrechtlichen Angelegenheiten)

Telefon: 06641 977-131  
Telefax: 06641 977-144  
E-Mail: abh@vogelsbergkreis.de

**KVA Kommunales Jobcenter:** (für Bürgergeld einschließlich der Fragen zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt)

Telefon: 06631 792-750 / 06631 792-752  
Fax: 06641 977-5750  
E-Mail: [kva\(at\)vogelsbergkreis.de](mailto:kva(at)vogelsbergkreis.de)  
Adresse: Hersfelder Straße 57, 36304 Alsfeld

### **Öffnungszeiten nach**

#### **Terminvereinbarung:**

Montag bis Donnerstag: 8:00 bis 12:00 Uhr  
und 13:30 bis 16:00 Uhr  
Freitag: 8:00 bis 12:00 Uhr

Telefon: 06641 977-250 / 06641 977-258  
Fax: 06641 977-478  
E-Mail: [kva\(at\)vogelsbergkreis.de](mailto:kva(at)vogelsbergkreis.de)  
Adresse: Bahnhofstraße 49, 36341 Lauterbach

### **Öffnungszeiten nach**

#### **Terminvereinbarung:**

Montag bis Donnerstag: 8:00 bis 12:00 Uhr  
und 13:30 bis 16:00 Uhr  
Freitag: 8:00 bis 12:00 Uhr

**Leistungen der Sozialhilfe,** (für Leistungen nach dem SGB XII)  
**Grundsicherung im Alter:**

Telefon: 06641 977-0  
Telefax: 06641 977-252  
E-Mail: asa@vogelsbergkreis.de

**Flüchtlingswesen:** (für Leistungen nach dem AsylbLG)

Telefon: 06641 977-2450  
Telefax: 06641 977-5214  
E-Mail: asyl@vogelsbergkreis.de