LAND BRANDENBURG

Zentrale Ausländerbehörde

Zentrale Ausländerbehörde | Poststraße 72 | 15890 Eisenhüttenstadt

Antrag auf finanzielle Förderung aus dem Landesprogramm bei dauerhafter freiwilliger Ausreise

Kopie
☐ Zentrale Ausländerbehörde
☐ Ausländerbehörde im LK

Zielland: _____ bevorzugtes Ausreisedatum: _____ Ausreise per ☐ Flug ☐ Bus ☐ PKW ☐ Bahn

Nr.	Name, Vorname (ggf. Geburts- oder Aliasname)	Geburts-datum	Staatsan-gehörig-keit	Familien-stand	Ge-schlecht	Einreisedatum	Art / Gültigkeit des Reisedokuments	

Abflughafen / Abfahrtsort: _____ **Zielflughafen / Zielort:** _____

Kontaktdaten bis zur Ausreise

Adresse: _____

_____

Telefon: _____

Bundesland: _____

Kontaktdaten im Zielland

Telefon: _____

E-Mail: _____

Erforderliche Unterlagen zur Antragstellung (in Kopie)

- Nationaler Reisepass bzw. Passersatzpapier, EU Laissez-Passer, Visum
- Aufenthaltsdokument, Duldung, GÜB, Ankunftsnachweis, o.ä.
- Nachweis Mittellosigkeit (z.B. Leistungsbescheid, Einkommensnachweis)
- Falls zutreffend: Ablehnender Bescheid zur Förderung der freiwilligen Ausreise aus einem anderen Förderprogramm (z.B. REAG/GARP)
- Nachweise für med. Zusatzkosten (Ziff. 5.4)

Antragsübermittelnde Behörde

Hiermit bestätigt die antragsübermittelnde Stelle die Richtigkeit der in diesem Antrag angegebenen Daten und Inhalte:

Nummer ZABH _____

Doubletten Check ☐

_____

Datum, Unterschrift und Stempel (inkl. Anschrift, Telefon, E-Mail)

Name des Sachbearbeiters / der Sachbearbeiterin:

1 Angaben zur Mittellosigkeit

Sind die Antragsteller/innen mittellos? ☐ ja ☐ nein

Die genannte eMail-Adresse dient nur für den Empfang einfacher Mitteilungen ohne Signatur und/oder Verschlüsselung

Erhalten die Antragsteller/innen öffentliche Leistungen? ☐ ja ☐ nein

Falls nein: Wie wird der Lebensunterhalt finanziert? _____

2 Angaben zum Asylverfahren

Haben die Antragsteller/innen einen Asylantrag gestellt? ☐ ja ☐ nein

Wurde der Asylantrag abgelehnt? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, geben Sie bitte das Ablehnungsdatum an: _____(TT/MM/JJJJ)

3 Ausreiserelevante Zusatzinformationen

Liegen gesundheitliche Einschränkungen vor (z.B. chronische oder akute Krankheiten)? ☐ ja ☐ nein

Besteht eine Einschränkung der Mobilität (z.B. körperliche Behinderung oder Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein

Ist eine Kostenerstattung für die Anreise zum Abflug-/Abfahrtsort mit nicht - öffentlichen Verkehrsmitteln erforderlich (z.B. Taxi, Spezialtransport etc.)? Siehe Ziff. 5.2 ☐ ja ☐ nein

Sonstige ausreiserelevante Informationen oder Anmerkungen: _____

Reisebeihilfen zur Deckung notwendiger Ausgaben und persönlicher Bedarfe während der Reise

☐ Finanzielle Unterstützung in Form einer Reisebeihilfe von 150,00 € bis 400,00 €

Hiermit erkläre ich

- bei Behörden und Verwaltungsgerichten eingelegte Rechtsbehelfe und Rechtsmittel, die auf eine Sicherung des Verbleibs in der Bundesrepublik Deutschland oder einer Einreise gerichtet sind, zurückzunehmen;
- die Bundesrepublik Deutschland dauerhaft zu verlassen und bevollmächtige hiermit die antragsübermittelnde Behörde/Organisation, diesen Antrag auf Unterstützung für meine freiwillige Rückkehr/Weiterwanderung und ggf. die meiner Familie an die ZABH zu übermitteln;
- dass ich und ggf. meine mitreisende Familie noch keine Hilfen im Rahmen dieses Programms erhalten haben;
- meine Einwilligung, dass die zuständigen antragsübermittelnden Behörden/Organisationen sich die zur Prüfung der Bewilligungsvoraussetzungen, der Voraussetzungen einer Amtsauszahlung von Förderleistungen sowie der Rückerstattung von Förderleistungen erforderlichen Angaben gegenseitig übermitteln und nutzen dürfen. Die Angaben umfassen alle in diesem Antrag erfassten Daten.

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich alle erhaltenen Förderleistungen zurückerstatte, wenn ich meinen Aufenthalt nicht nur vorübergehend in den Geltungsbereich des Aufenthaltsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland zurückverlegen sollte bzw. meine Ausreise nicht antrete. Auch angefallene Stornokosten sind zu erstatten, es sei denn, die Umstände, die zum Nichtantritt der geplanten Ausreise führen, sind nicht von mir zu vertreten (ein eventuelles Mahnverfahren richtet sich nach §§ 688 bis 703d ZPO und anderen Vorschriften). **Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Inhalt dieser Erklärung voll und ganz verstanden habe.**

Datum	**Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin**	**Falls zutreffend: Unterschrift des Vormunds bzw. der gesetzlichen Vertretung**

volljährige Familienangehörige

volljährige Familienangehörige