

Antrag

Antragstellender Flüchtlingsrat

Name Flüchtlingsrat	
Anschrift	
Ansprechperson	
Telefon	
E-Mail	

A	Zuschuss in Höhe von	
----------	----------------------	--

B	Name Mandant:in			
	Anrede		Geburtsdatum	
	Staatsangehörigkeit			
	Aufenthaltsstatus			
	Anschrift			

1.	Ehepartner:in			
	Name			
	Geburtsdatum			
	Staatsangehörigkeit			
	Aufenthaltsstatus			

2.	Kinder			
	1. Kind (Name, Geburtsort, Geburtsdatum)			
	2. Kind (Name, Geburtsort, Geburtsdatum)			
	3. Kind (Name, Geburtsort, Geburtsdatum)			
	4. Kind (Name, Geburtsort, Geburtsdatum)			

(weitere Kinder auf Extrablatt auflisten)

C	Name RA:in			
	Anschrift			
	Telefon			
	E-Mail			

D	Name Gutachter:in			
	Anschrift			
	Telefon			
	E-Mail			

E	Zuschuss für
----------	--------------

1	Außergerichtliche Vertretung

2	Instanz Verwaltungsgerichtsbarkeit (VG)	
2.1	Klageverfahren	
2.2	Eilverfahren	
2.3	Mündliche Verhandlung	

3	Instanz Verwaltungsgerichtsbarkeit (OVG/VGH)	
3.1	Antrag auf Zulassung der Berufung	
3.2	Berufungsverfahren	
3.3	Antrag auf Zulassung der Beschwerde	
3.4	Beschwerdeverfahren	

4	Instanz Verwaltungsgerichtsbarkeit (BVerwG)	
4.1	Antrag auf Zulassung der Revision	
4.2	Revisionsverfahren	

5.	Außerordentlicher Rechtsbehelf	
5.1	Verfassungsbeschwerde, BVerfG	
5.2	Vorlage Verfassungsbeschwerde, EUGH bzw. EGMR	

6	Strafverfahren mit aufenthaltsrechtlichem Hintergrund	
6.1	Vertretung im Ermittlungsverfahren	
6.2	Einspruch (Strafbefehl)	
6.3	Mündliche Verhandlung	
6.4	Berufung	
	a) Verfahrensgebühr	
	b) Termingebühr	
6.5	Revision	
	a) Verfahrensgebühr	
	b) Termingebühr	
	c) Haftbeschwerde	

7	Flughafenverfahren	
7.1	Begleitung zur Anhörung und Klage	
7.2	Haftbeschwerde	
7.3	Dublin- und Drittstaatenverfahren	

8	Gutachten		
8.1	Ärztliches Gutachten		
8.2	Psychologisches Gutachten		

9	Übersetzungskosten		

10	Sonstiges		

F	Erfassung des Sachverhalts und ggf. die Besonderheit des Falls		

G	Finanzierung des Verfahrens		
----------	-----------------------------	--	--

1	Antrag auf Prozesskostenhilfe		
	Ja		Nein

2	Die Einkommensverhältnisse der Mandant:in wurden überprüft. Die Mandant:in kann keine Eigenbeteiligung in Höhe von EUR leisten.		
---	---	--	--

3	Zuschüsse Dritter in Höhe von EUR wurden beantragt/bewilligt.		
	Ja		Nein

H	Begleitende Maßnahmen des Flüchtlingsrats oder Flüchtlingsinitiative vor Ort		
----------	--	--	--

1	Öffentlichkeitsarbeit		
	Ja		Nein

2	Betreuende Beratungsstelle		

I	Einwilligungserklärung zur Veröffentlichung
	PRO ASYL wird vor einer Veröffentlichung zwecks Einwilligungserklärung zur Veröffentlichung den Flüchtlingsrat / die Mandant:in /die Rechtsanwält:in gesondert anfragen.

J	Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Daten an PRO ASYL
	<p>Ich bin damit einverstanden, dass PRO ASYL zum Zwecke, einen Zuschuss zu den Anwaltskosten aus dem Rechtshilfefond zu gewähren, meine personenbezogenen Daten einschließlich Name, Adresse, ärztliche Gutachten, Gerichts- und Anwaltsschreiben, Schriftsätze und Bescheide des BAMF/ABH zu meinem Asylverfahren sowie eine Schilderung über meine aktuelle aufenthaltsrechtliche und soziale Situation erhält.</p> <p>Ich bin außerdem damit einverstanden, dass PRO ASYL die oben genannten unter Einhaltung der Vorgaben der DSGVO zu Dokumentationszwecken elektronisch und in Papierform speichert und über mein asyl-/aufenthalts-/sozialrechtliches Verfahren Rücksprache mit der Rechtsanwält:in hält.</p> <p>Declaration of consent to the disclosure of personal data to PRO ASYL I agree that PRO ASYL may receive my personal data including my name, address, medical reports, court and lawyer`s letters, pleadings and decisions of the BAMF/ABH regarding my asylum procedure as well as a description of my current residence and social situation for the purpose of granting a subsidy for legal fees from the legal aid fund.</p> <p>I also agree that PRO ASYL may store the above-mentioned data electronically and in paper form for documentation purposes in accordance with the provisions of the GDPR and that PRO ASYL may consult with the lawyer about my asylum/residence/social law proceedings.</p>

Ort, Datum

Unterschrift Mandant:in

Ort, Datum

Unterschrift Flüchtlingsrat

K	Entbindung von der Schweigepflicht / Legal release of my lawyer/medical expert from the duty of confidentiality
----------	---

Ich / I

	Name Mandant:in	
	Geburtstag / Date of Birth	
	Anschrift / Address	

entbinde hiermit meine/n Rechtsanwältin und/oder Gutachter:in / hereby release my lawyer/medical expert

	Name	
	Kanzlei / Legal Office	
	Anschrift / Address	

bezüglich meines asyl-/ausländer-/sozialhilfe-/strafrechtlichen/anderweitigen gerichtlichen/behördlichen Verfahrens von seiner/ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber dem Förderverein PRO ASYL e.V., Postfach 160624, 60069 Frankfurt /

with regard to my legal proceedings in asylum/foreigners/social welfare law/administrative procedure/other judicial proceedings from his/her legal duty of confidentiality towards Förderverein PRO ASYL e.V., Postfach 160624, 60069 Frankfurt.

Ort, Datum

Unterschrift Mandant:in

L	Wird von PRO ASYL ausgefüllt:
----------	-------------------------------

Antrag geprüft und befürwortet in Höhe von		
für		
Aktenzeichen		

Ort, Datum

Unterschrift + Kürzel

Ort, Datum

Unterschrift + Kürzel