

**Antrag auf Unterstützung durch das StarthilfePlus-Programm 2017  
Förderprogramm des Bundesministeriums des Innern (BMI)**

Nr.	Name / Vorname der Antragsteller gemäß REAG/GARP-Antrag	Geburtsdatum	Nationalität	Aktenzeichen (BAMF, AZR, AKN)
1				
2				
3				
4				
5				

Für folgende Ehepartner oder Familienmitglieder wurde ein separater StarthilfePlus-Antrag gestellt:

REAG/GARP-Antrag wurde an IOM übermittelt am:

**Kontakt Daten des/der Antragstellers/in im Zielland:**

Email:

Tel. (im Zielland, ggf. von Verwandten):

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.**

\_\_\_\_\_  
**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:**

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift, Stempel, Name und Kontaktdaten des/der zuständigen Sachbearbeiters/in**

**Antrag auf Reintegrationsunterstützung durch das StarthilfePlus-Programm 2017  
 Förderprogramm des Bundesministeriums des Innern (BMI)**

Name / Vorname des Hauptantragstellers gemäß REAG/GARP-Antrag	Geburtsdatum	Nationalität

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.**

\_\_\_\_\_ Datum und Unterschrift des/der Hauptantragstellers/in

**Antragsübermittelnde Stelle:**

\_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift, Stempel, Name und Kontaktdaten des/der zuständigen Sachbearbeiters/in