

ANTRAG AUF LEISTUNGEN ZUR SICHERUNG DES LEBENSUNTERHALTES NACH DEM ZWEITEN BUCH SOZIALGESETZBUCH (SGB II)

- ARBEITSLOSENGELD II / SOZIALGELD -

| | |
|-----------------------------------|--|
| Sachgebiet LG | |
| Sachgebiet CM | |
| Aktenzeichen | |
| - bitte ausfüllen, wenn bekannt - | |

| |
|---------------------------|
| Tag der Antragstellung |
| e.V. |

| |
|-----------------|
| EINGANGSSTEMPEL |
|-----------------|

| I. Allgemeine Daten des Antragstellers/der Antragstellerin | |
|--|--|
| Familienname | |
| Vorname | |
| Strasse, Haus-Nr. (Str.Schl.) - ggf. bei wem - | |
| PLZ, Wohnort | |
| Telefonnummer (mit Vorwahl) und/oder E-Mail-Adresse für Rückfragen | |
| Bankverbindung (bitte angeben, da die Leistungen bargeldlos überwiesen werden) BIC: IBAN: | |
| bei Bank/Postbank/Sparkasse, sonstiges Kreditinstitut | |
| Name des Kontoinhabers | |
| Falls Sie kein Girokonto haben und auch keines eröffnen können, weisen Sie dies bitte durch eine Bescheinigung einer Bank oder Sparkasse nach. | |

- nicht vom Antragsteller auszufüllen -
Antrag angenommen am:

Der Antragsteller/Die Antragstellerin hat sich ausgewiesen durch:

Bundespersonalausweis
 Pass
 Sonstige Ausweispapiere (Hz. Datum)

Hinweise für die Sachbearbeitung
(wird von der zuständigen Stelle eingetragen)

Personen ① ② ③ ④ ⑤

Arbeitsaufnahme am

Erste Lohn-/Gehaltszahlung am

Arbeitsunfähig ab

Sonstiges (Hz.Dat./Org.E)

| II. Persönliche Verhältnisse | | |
|---|--|--|
| | des Antragstellers / der Antragstellerin Ich bin <input type="checkbox"/> allein stehend <input type="checkbox"/> allein erziehende(r) Mutter/Vater Die Kinder sind in Abschnitt III einzutragen. | des Partners / der Partnerin des Antragstellers / der Antragstellerin nach Nr. ①, also des <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten <input type="checkbox"/> Partners in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners |
| | ① | ② |
| Name (ggf. Geburtsname) | | |
| Vorname | | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Geburtsdatum, Geburtsort | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft seit _____ <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft seit _____ <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet |
| Staatsangehörigkeit (Aufenthaltsstatus) | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus und ggfls. Befristung: _____ | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus und ggfls. Befristung: _____ |
| Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden) | | |

| | ① | ② |
|--|--|--|
| Umfang der Erwerbsfähigkeit | Können Sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____ | Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____ |
| Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen |
| Auszubildender - auch in Schulausbildung - | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als _____ |
| Name u. Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule | | |
| Unterbringung in einer stationären Einrichtung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor. |
| Mögliche Ausschlussgründe | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Wenn Sie bislang Sozialhilfe bezogen haben, müssen Sie für den Bezug von Arbeitslosengeld II eine Krankenkasse wählen . Legen Sie bitte danach die Mitgliedsbescheinigung vor! | | |
| Krankenversicherung (KV) ⇒ | Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse _____ | Er/sie ist in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse _____ |
| | Mitgliedsnummer: _____ | Mitgliedsnummer: _____ |
| | Wenn nein: <input type="checkbox"/> Ich war bisher nicht krankenversichert. Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor. <input type="checkbox"/> Ich war bisher privat krankenversichert. | Wenn nein: <input type="checkbox"/> Er/sie war bisher nicht krankenversichert. Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor. <input type="checkbox"/> Er/sie war bisher privat krankenversichert. |

| | ① | ② |
|-------------------------|--|--|
| Rentenversicherung (RV) | Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> der Arbeiter <input type="checkbox"/> der Angestellten | Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> der Arbeiter <input type="checkbox"/> der Angestellten |
| | RV-Nr.: _____ | RV-Nr.: _____ |
| | <input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/-ort _____ <input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/-ort _____ <input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung |

**III. Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin
in einem Haushalt lebenden weiteren Personen**



Leben weitere Angehörige im gemeinsamen Haushalt? ja nein
Wenn ja, tragen Sie bitte die weiteren Angehörigen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein.
 Bei vier oder mehr Angehörigen ist das **Zusatzblatt 4 zur Feststellung weiterer Angehöriger** zu verwenden.

| | ③ | ④ | ⑤ |
|--|--|--|--|
| Name (ggf. Geburtsname) | | | |
| Vorname | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/Partner(in) | | | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Geburtsdatum | | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____ | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____ | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____ |
| Staatsangehörigkeit | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen) | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen) | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen) |
| Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden) | | | |
| Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich) | Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____ | Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____ | Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____ |
| Berechtigte(r) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen |
| Auszubildender - auch in Schulausbildung - | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als _____ |
| Name u. Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule | | | |
| Unterbringung in einer stationären Einrichtung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor. |
| Mögliche Ausschlussgründe | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

**Die folgenden Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung der Angehörigen sind nur zu beantworten,
wenn diese das 14. Lebensjahr vollendet haben.**

| | ③ | ④ | ⑤ |
|--------------------------|--|--|--|
| Krankenversicherung (KV) | <input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse |
| | Mitgliedsnummer: | Mitgliedsnummer: | Mitgliedsnummer: |
| | <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung |
| | <input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert | <input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert | <input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert |
| Rentenversicherung (RV) | RV-Nr.: | RV-Nr.: | RV-Nr.: |

IV. Leistungen für besondere Mehrbedarfe

Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind. Dies gilt für alle Angehörige innerhalb des Haushaltes.

Ein(e) Angehöriger/Angehörige innerhalb der Haushaltsgemeinschaft

ist **schwanger**. Name, Vorname: _____ Legen Sie bitte den **Mutterpass** vor!

ist **allein erziehend**. Name, Vorname: _____

gehört zum Personenkreis der schwer behinderten Menschen und erhält **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**.

⇒ Name, Vorname: _____ Legen Sie bitte den **Bewilligungsbescheid** vor!

Bedarf **aus medizinischen Gründen** einer **kostenaufwändigen Ernährung**.

⇒ Name, Vorname: 1. _____ 2. _____

V. Einkommensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen

Als Einkommen sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert zu berücksichtigen.

- ▶ nichtselbständiger oder selbständiger Arbeit, Vermietung oder Verpachtung, Land- und Forstwirtschaft,
- ▶ Kindergeld, Entgeltersatzleistungen wie Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld,
- ▶ Renten aus der Sozialversicherung oder Pensionen,
- ▶ Unterhaltszahlungen, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz,
- ▶ Zinsen, Kapitalerträge, Wohngeld, Sozialhilfe nach dem SGB XII,
- ▶ sonstige laufende oder einmalige Einnahmen gleich welcher Art.

Keine der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einnahmen in Geld oder Geldeswert.

Folgende der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einkünfte:

Name, Vorname _____ Art der Einkünfte _____

Name, Vorname _____ Art der Einkünfte _____

Name, Vorname _____ Art der Einkünfte _____

Es besteht ein Anspruch auf Kindergeld in Höhe von monatlich _____ Euro Kindergeld-Nr. _____

⇒ Aktueller Nachweis vorlegen (z.B. Kontoauszug über Höhe des Kindergeldes) Personen ① ② ③ ④ ⑤

VI. Vermögensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen

Ich (**Antragsteller**) und/oder **mein/e Partner/in** (vgl. Abschnitt II) haben Vermögen, das den Wert von 3.850 Euro je Person (also bei Partnern insgesamt 7.700 Euro) übersteigt. ja nein

⇒ Die im Abschnitt III aufgeführten **weiteren Angehörigen** haben Vermögen, das den Wert von je 750 Euro übersteigt. ja nein

VII. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

(z.B. geschiedener oder getrennt lebender Ehegatte, Vater eines nichtehelichen Kindes, Eltern, Kinder usw.)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name (ggf. Geburtsname) | | | |
| Vorname | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis | | | |
| PLZ, Wohnort | | | |
| Straße, Nr. | | | |
| Name, Vorname des Unterhaltsberechtigten | | | |
| Unterhaltsleistungen werden erbracht | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 Einkommen ausfüllen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 Einkommen ausfüllen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 Einkommen ausfüllen |
| Unterhaltsleistungen werden nicht erbracht | Wurden oder werden Unterhaltsleistungen geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wurden oder werden Unterhaltsleistungen geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wurden oder werden Unterhaltsleistungen geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| VIII. Sonstige Ansprüche gegenüber Arbeitgeber, Sozialleistungsträger und Schadensersatzansprüche | | | |
|---|---|----------------------------|---|
| 1. | Erheben Sie oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen Ansprüche gegen einen ehemaligen Arbeitgeber für Zeiten nach dem Ausscheiden? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Wenn ja, Name, Vorname: | Anschrift des Arbeitgebers | |
| | Grund: | | |
| | Gericht/AZ: | | |
| 2. | Haben Sie oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen (eine) andere Leistung(en) beantragt oder beabsichtigen Sie einen entsprechenden Antrag zu stellen? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| ⇒ | Anzugeben sind insbesondere alle Rentenarten, Ausgleichszahlungen des ehemaligen Arbeitgebers, Kindergeld, Kinderzuschlag nach § 6a Bundeskindergeldgesetz, Wohngeld, Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII. | | |
| | Angabe der Person, die Leistungen beantragt hat: | | |
| | Art der Leistung(en): | Sozialleistungsträger: | beantragt am: für die Zeit ab: |
| | Angabe der Person, die Leistungen beantragt hat: | | |
| | Art der Leistung(en): | Sozialleistungsträger: | beantragt am: für die Zeit ab: |
| 3. | Meine Hilfebedürftigkeit / Die Hilfebedürftigkeit einer mit mir im Haushalt lebenden Personen wurde durch einen Unfall verursacht. | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Wenn ja, Angabe des/der Geschädigten: | | |
| | Bitte – soweit noch nicht geschehen – den Unfallbogen ausfüllen! | | |

| IX. Weitere Angaben, die für die Leistungsgewährung von Bedeutung sein können | | | |
|--|---|--|---|
| Haben Sie oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen schon früher Leistungen bei der Agentur für Arbeit oder Sozialhilfeträger beantragt bzw. bezogen? | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja | folgende Leistungen: | | zuletzt am |
| | Name(n), Vornamen der Person(en) | | |
| | Bei wem (zuständiger Träger)? | | |
| | AZ/Kunden-Nr./Nr. der Bedarfsgemeinschaft | | |

| | |
|---|-------------------------|
| Ist ein Betreuer/Vormund/Beistand bestellt? | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | durch: _____ AZ.: _____ |
| Wirkung der Betreuung: _____ (Nachweise vorlegen) | |
| _____ Ort/Datum | _____ Unterschrift |

| X. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben nochmals genau. Vermeiden Sie in jedem Fall unrichtige oder unvollständige Angaben. | |
|--|--|
| Hinweis: | |
| Da die unter Abschnitt I genannte Person die Leistungen beantragt hat, wird von der Vermutung ausgegangen, dass diese auch die Vertretung der Bedarfsgemeinschaft übernommen hat. Diese Vermutung gilt dann nicht mehr, wenn andere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft gegenüber der Agentur für Arbeit bzw. gegenüber der Arbeitsgemeinschaft der Agentur für Arbeit und dem Sozialhilfeträger oder dem Sozialhilfeträger erklären, dass diese ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen (§ 38 SGB II). | |
| Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt Datenschutzerklärung SGB II"). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 35, 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben. Personen, die Leistungen nach dem SGB II beantragen oder erhalten, sind mitwirkungspflichtig: Das bedeutet, alle Angaben im Antrag und in den hierzu eingereichten Anlagen müssen richtig und vollständig sein und Änderungen, die nach der Antragstellung eintreten und sich auf die Leistungen auswirken können (z. B. Arbeitsaufnahme, Umzug), sind dem zuständigen Jobcenter unverzüglich mitzuteilen. Die Mitwirkungspflichten sind von allen Mitgliedern einer Bedarfsgemeinschaft zu beachten. | |
| Bei Verstoß gegen diese Mitwirkungspflichten werden in aller Regel von allen leistungsberechtigten Personen einer Bedarfsgemeinschaft zu viel gezahlte Leistungen zurückgefordert. Sofern zu Ihrer Bedarfsgemeinschaft noch weitere Personen gehören, sollten Sie als Vertreterin/Vertreter beim Ausfüllen des Antrags alle Mitglieder einbeziehen und die wesentlichen sowie die sie betreffenden Angaben mit ihnen abstimmen. Stellen Sie zudem bitte sicher, dass alle Mitglieder alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten. | |
| Ein Verstoß kann zusätzlich zu einem Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahren gegen die Person führen, die die oben genannten Pflichten | |

missachtet hat. Das Jobcenter holt im Wege eines automatisierten Datenabgleichs bei verschiedenen Stellen Auskünfte über Einkommen und Vermögen ein (z. B. Arbeitsentgelte, Kapitalerträge, Renten). Verschwiegene Einkommen und Vermögen werden daher regelmäßig nachträglich bekannt

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffen. Änderungen insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten bin ich einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/
Antragstellerin

Ort/Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter
(falls Antragsteller minderjährig)

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen bei den Fragen:

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/
Antragstellerin

Ort/Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter
(falls Antragsteller minderjährig)

ZUSATZBLATT 1

ZUR FESTSTELLUNG DER ANGEMESSENEN KOSTEN FÜR UNTERKUNFT UND HEIZUNG

| | |
|--|------------------------------|
| Antragsteller | |
| Name: | Nr. der Bedarfsgemeinschaft: |
| Vorname: | Kundennummer: |
| Strasse, Haus-Nr. - ggf. bei wem - | |
| PLZ, Wohnort | |
| Telefonnummer (mit Vorwahl) und/oder E-Mail-Adresse für Rückfragen | |
| Bankverbindung | |
| BIC: | IBAN: |
| bei Bank/Postbank/Sparkasse, sonstiges Kreditinstitut | |
| Name des Kontoinhabers | |

| | |
|--|--|
| Wohnverhältnisse des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und der im Haushalt lebenden Personen | |
| <p>① <input type="checkbox"/> Mietwohnung</p> <p style="margin-left: 20px;">Name und Anschrift des Vermieters: _____</p> <p style="margin-left: 20px;">Bankverbindung des Vermieters: BIC _____ IBAN.: _____</p> <p style="margin-left: 20px;">bei: _____</p> <p style="margin-left: 20px;">(bitte Mietvertrag oder entsprechende Unterlagen vorlegen)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Höhe der anfallenden Miete – ohne Garage, Stellplatz und Nebenkosten _____ Euro monatlich</p> | |
| <p>② <input type="checkbox"/> Ich bin / wir sind</p> <p style="margin-left: 20px;">Eigentümer eines <input type="checkbox"/> eigenen Hauses <input type="checkbox"/> einer Eigentumswohnung</p> <p style="margin-left: 20px;">Anfallende Schuldzinsen: _____ Euro monatlich</p> <p style="margin-left: 20px;">(bitte Belege beifügen)</p> | |
| <p>③ <input type="checkbox"/> Ich / Wir habe(n) freies Wohnrecht bei: _____</p> | |
| <p>④ <input type="checkbox"/> Angaben zur Wohnung / zum Haus:</p> <p style="margin-left: 20px;">Gesamtgröße der Wohnung/des Hauses: _____ Anzahl der Räume: _____</p> <p style="margin-left: 20px;">davon Wohnfläche: _____ Anzahl Küchen: _____</p> <p style="margin-left: 20px;">bezugsfertig seit: _____ Anzahl Bäder: _____</p> <p style="margin-left: 20px;">Bei Eigentum: Anzahl Wohneinheiten _____</p> | |

- ⑤ **Heizkosten** (ggf. bitte Nachweise vorlegen) _____ Euro monatlich
- Wird die Wohnung zentral mit **Warmwasser** versorgt? ja nein
- Wenn nein: Warmwasserbereitung erfolgt durch (z. B. Durchlauferhitzer) _____
- Werden Brennstoffe selbst beschafft? ja nein
- Höhe der **Neben-, Betriebskosten** (bitte Nachweise vorlegen) _____ Euro monatlich
- Sonstige Wohnkosten _____ Euro monatlich

- ⑥ Wohngeld wurde beantragt am _____ bei _____
- Wohngeld wurde bewilligt ab _____ bis _____ in Höhe von _____ Euro monatlich
- Wohngeld wurde mit Bescheid vom _____ abgelehnt (bitte Nachweise vorlegen)

- ⑦ In der Wohnung/in dem Haus leben folgende Personen:
(z.B. Vater, Mutter, Enkel, Freund/in)
- | | |
|----------------------|----------------------------------|
| Name, Vorname: _____ | Verwandtschaftsverhältnis: _____ |
| Name, Vorname: _____ | Verwandtschaftsverhältnis: _____ |
| Name, Vorname: _____ | Verwandtschaftsverhältnis: _____ |
| Name, Vorname: _____ | Verwandtschaftsverhältnis: _____ |
| Name, Vorname: _____ | Verwandtschaftsverhältnis: _____ |
| Name, Vorname: _____ | Verwandtschaftsverhältnis: _____ |
| Name, Vorname: _____ | Verwandtschaftsverhältnis: _____ |
| Name, Vorname: _____ | Verwandtschaftsverhältnis: _____ |
| Name, Vorname: _____ | Verwandtschaftsverhältnis: _____ |
- Davon haben lt. notarieller Urkunde freies Wohnrecht: _____
- _____

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

EINKOMMENSERKLÄRUNG/VERDIENSTBESCHEINIGUNG ZUM ANTRAG AUF GRUNDSICHERUNGSLEISTUNGEN FÜR ARBEITSSUCHENDE

- ZUR FESTSTELLUNG DER EINKOMMENSVERHÄLTNISSE JEDER IN DER BEDARFSGEMEINSCHAFT LEBENDEN PERSON -

Angaben zum Antragsteller (vom Antragsteller vor Rückgabe auszufüllen!)

Name: _____ **Kunden-Nr. bzw. Nummer der Bedarfsgemeinschaft:** _____
Vorname: _____

Angaben zum Einkommen

Die Pflicht zur Auskunftserteilung ergibt sich aus § 60 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch.

Bitte Änderungen/Ergänzungen gesondert mit Unterschrift bestätigen. Der Antragsteller kann auch bei unmittelbarer Rückgabe des Vordrucks (Angaben zum Antragsteller müssen ausgefüllt sein) Einblick in die Bescheinigung erhalten (Anhörungsrecht gemäß § 24 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch).

Je Person über 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft ist eine eigene Erklärung abzugeben. Diese Erklärung wird für folgende Person abgegeben:

_____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Ich habe folgendes Einkommen

Bitte Zutreffendes ankreuzen

- Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung lt. Bescheinigung des Arbeitgebers auf der Rückseite
Derzeit wird die Steuerklasse _____ bei der Lohnsteuer berücksichtigt.
- Einkommen aus einer selbständigen Tätigkeit gemäß umseitiger Selbsteinschätzung
- Rente, Pension:** _____ in Höhe von _____ Euro mtl.
(Bitte Rentenart und letzten Rentenbescheid beifügen (Kopie genügt)).
Wenn Sie Altersrente oder Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, beantworten Sie bitte auch folgende Frage:
Sind Sie im Besitz eines Ausweises über die Eigenschaft als Schwerbehinderter mit dem Merkzeichen G? ja nein
- Arbeitslosengeld:** Bemessungsentgelt _____ Euro tgl. Höhe _____ Euro tgl.
Bemessungsentgelt _____ Euro wchtl. Höhe _____ Euro wchtl.
Das Arbeitslosengeld wurde von – bis bewilligt: _____
- Sonstiges Einkommen:** _____ in Höhe von _____ Euro mtl.
_____ in Höhe von _____ Euro mtl.
_____ in Höhe von _____ Euro mtl.
- Vgl. Abschnitt VI des Antragsvordruckes. Bitte Nachweise beifügen.**
- Folgende Einkommen werden nicht regelmäßig monatlich erzielt (z. B. Steuerrückerstattungen, Zinserträge, Insolvenzgeld):
Art: _____ vom _____ bis _____ Höhe _____ Euro
Zugeflossen ist das Einkommen am: _____
- nebenberufliche, gemeinnützige oder ehrenamtliche Tätigkeit, für die (steuerfreie) **Aufwandsentschädigungen** gezahlt werden:
Art der Tätigkeit: _____
(Bitte legen Sie Nachweise über die konkrete Tätigkeit, die Höhe der Aufwandsentschädigung und die in diesem Zusammenhang entstehenden Aufwendungen vor).
- **Unterhaltszahlungen** bzw. Leistungen nach dem **Unterhaltsvorschussgesetz**
Art der Zahlung: _____ in Höhe von _____ Euro mtl.
(Bitte legen Sie einen Nachweis über Art und Umfang der erhaltenen Zahlungen vor.)

Wenn Sie **weitere laufende, regelmäßige Einnahmen** haben, tragen Sie bitte die Art der Einnahmen und die Höhe unten ein und legen Sie entsprechende Nachweise vor.

- Einnahmen aus **Vermietung, Untervermietung oder Verpachtung** _____
- sonstige **Entgeltersatzleistungen** (z. B. Krankengeld, Übergangsgeld) _____
- Wohngeld, weitere Sozialleistungen** _____
- BaföG, BAB, Ausbildungsentgelt** _____
- Sachbezüge** (z. B. kostenfreie Verpflegung) _____
- Kindergeld** (Kindergeldberechtigter, Name des Kindes) _____

Aufwendungen durch mein Arbeitsverhältnis, die mir nicht vom Arbeitgeber oder Dritten erstattet werden:

Entstehende Aufwendungen für die Fahrt zur Arbeitsstätte werden zusätzlich mit 0,20 Euro je km vom Einkommen abgesetzt. Entstehend höhere notwendige Ausgaben, müssen diese nachgewiesen werden. Verdienen Sie **bis zu 400,00 €** werden 100,00 € pauschal als Ausgaben abgesetzt. In dieser Pauschale sind die Entfernungskilometer bereits enthalten. Verdienen Sie **mehr als 400,00 €** monatlich und fallen bei Ihnen höhere notwendige Ausgaben an, werden diese auf Nachweis berücksichtigt. Nur in diesen Fällen sind die nachfolgenden Angaben zu machen.

- Kürzeste Straßenverbindung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte in _____
Die einfache Strecke beträgt: _____ km, zurückgelegt an regelmäßig _____ Arbeitstagen je Woche
- Ich habe höhere Aufwendungen, z.B. für eine Monatskarte bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (bitte Nachweise beifügen):
- weitere Ausgaben aus einem Arbeitsverhältnis (z. B. doppelte Haushaltsführung, Mehraufwendungen für Verpflegung bei einer täglichen Abwesenheit von min. 12 Std. von der Wohnung und üblichem Beschäftigungsort):
Art, monatliche Höhe: _____

Sonstige Absetzungen

- Zahlungen an eine unterhaltsberechtigte Person außerhalb der Bedarfsgemeinschaft auf Grund eines Unterhaltstitels
Unterhaltsberechtigte Person, Verwandtschaftsverhältnis, mtl. Unterhaltszahlung: _____
(Bitte legen Sie den Unterhaltstitel in Kopie vor und weisen Sie die tatsächlichen Zahlungen nach)
- bei der Ausbildungsförderung (BaföG, BAB) für ein Kind berücksichtigtes Elterneinkommen
Name des Kindes und berücksichtigter Betrag: _____
(Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor).

Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen (auch bei sonstigem Einkommen)

Für private Versicherungen, die dem Grunde und der Höhe nach angemessen sind und nicht zu den unten genannten Versicherungen gehören (z. B. Haftpflicht, Hausrat) werden vom Einkommen monatlich pauschal 30,00 € abgesetzt. Zu dem Erhalt dieser Pauschale brauchen Sie daher keine Aussagen machen und Nachweise führen.

Wenn Sie für Kinder unter 18 Jahren eine spezielle Versicherung abgeschlossen haben, weisen Sie dies bitte nach.

Nur wenn Sie in der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung nicht versicherungspflichtig sind, können Beiträge zur Vorsorge für den Fall der Krankheit, der Pflegebedürftigkeit und der Altersvorsorge vom Einkommen abgesetzt werden. Fügen Sie bitte entsprechende Nachweise bei.

- | | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------|
| Gebäudeversicherung | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> ¼ jährlich | <input type="checkbox"/> ½ jährlich | <input type="checkbox"/> jährlich | _____ Euro |
| Kfz.-Versicherung (ohne Teil-/Vollkasko, Schutzbrief) | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> ¼ jährlich | <input type="checkbox"/> ½ jährlich | <input type="checkbox"/> jährlich | _____ Euro |
| Sonstige gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> ¼ jährlich | <input type="checkbox"/> ½ jährlich | <input type="checkbox"/> jährlich | _____ Euro |
| Geförderte Altersvorsorgebeiträge nach § 82 Einkommenssteuergesetz (EStG) (z. B. Beiträge zur "Riester-Rente") | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> ¼ jährlich | <input type="checkbox"/> ½ jährlich | <input type="checkbox"/> jährlich | _____ Euro |

Bitte Nachweise beifügen.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Antragstellers / des Angehörigen / des gesetzlichen Vertreters

Selbsteinschätzung bei Einkommen aus selbständiger Tätigkeit

- Art der selbständigen Tätigkeit
- Voraussichtliche Betriebseinnahmen vom _____ bis _____ Euro mtl.
- Betriebsausgaben _____ Euro mtl.
- Sonstige Ausgaben (bitte erläutern) _____ Euro mtl.
- _____ Euro mtl.
- _____ Euro mtl.

Hinweis: Von den Betriebseinnahmen werden pauschal 30 v.H. als Betriebsausgaben abgesetzt, sofern Sie nicht höhere Betriebsausgaben nachweisen.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Selbständigen

2.3 Sparbücher:

ja nein

- ◆ Gesamtbetrag: _ ____ Euro – Zinsen im letzten Jahr ____ Euro
Inhaber des Sparbuchs: _____
- ◆ Gesamtbetrag: _ ____ Euro – Zinsen im letzten Jahr ____ Euro
Inhaber des Sparbuchs: _____
- ◆ Gesamtbetrag: _ ____ Euro – Zinsen im letzten Jahr ____ Euro
Inhaber des Sparbuchs: _____

2.4 Sparbriefe / Tagesgeld / Sonstige Einlagen (z.B. Aktien, Fonds-Anteile usw.)

ja nein

- ◆ Inhaber der Geldanlage: _____
derzeitiger Wert Erträge letztes Jahr Kosten bei vorzeitiger Auflösung
_____ Euro _____ Euro Gebühr * _____ Euro
Gutschriftzinssatz _____
Beleihungzinssatz _____
- ◆ Inhaber der Geldanlage: _____
derzeitiger Wert Erträge letztes Jahr Kosten bei vorzeitiger Auflösung
_____ Euro _____ Euro Gebühr * _____ Euro
Gutschriftzinssatz _____
Beleihungzinssatz _____
- ◆ Inhaber der Geldanlage: _____
derzeitiger Wert Erträge letztes Jahr Kosten bei vorzeitiger Auflösung
_____ Euro _____ Euro Gebühr * _____ Euro
Gutschriftzinssatz _____
Beleihungzinssatz _____

2.5 Kapitallebensversicherungen / private Rentenversicherungen / Unfallversicherungen

ja nein

- ◆ Vertragspartner _____
Auszahlungsbetrag bei Rück-, Verkauf bisher eingezahlt Versicherungssumme:
_____ Euro _____ Euro _____ Euro
- ◆ Vertragspartner _____
Auszahlungsbetrag bei Rück-, Verkauf bisher eingezahlt Versicherungssumme:
_____ Euro _____ Euro _____ Euro
- ◆ Vertragspartner _____
Auszahlungsbetrag bei Rück-, Verkauf bisher eingezahlt Versicherungssumme:
_____ Euro _____ Euro _____ Euro

| | |
|--|---|
| <p>2.6 Bausparverträge</p> <p>◆ Inhaber des Bausparvertrages: _____ Guthaben: _____ Euro _____</p> <p>◆ Inhaber des Bausparvertrages: _____ Guthaben: _____ Euro _____</p> <p>◆ Inhaber des Bausparvertrages: _____ Guthaben: _____ Euro _____</p> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <p>③ Sind Sie oder eine der in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen von der Rentenversicherungspflicht befreit? Wenn ja: Dienen unter Ziffer 2. genannte Geldanlagen der Alterssicherung? Welche Person ist befreit? Bitte Befreiungsbescheid beifügen.</p> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <p>④ Verfügen Sie oder eine der im Haushalt lebenden Personen über steuerlich / staatlich gefördertes Altersvorsorgevermögen? Wenn ja: Bitte aktuellen Kontostand nachweisen und Vertrag vorlegen.</p> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <p>⑤ ③ Ich bzw. eine im Haushalt lebende Person oder wir gemeinsam sind Eigentümer bebauter Grundstücke und/oder Eigentumswohnungen.</p> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <p>Wenn ja:</p> <p>a Name des/der Eigentümer(s): _____ Grundstücksgröße: _____ qm Verkehrswert: _____ Euro Wohnfläche: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro selbst bewohnt: _____ qm Belastungen: _____ Euro</p> <p>b Name des/der Eigentümer(s): _____ Grundstücksgröße: _____ qm Verkehrswert: _____ Euro Wohnfläche: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro selbst bewohnt: _____ qm Belastungen: _____ Euro</p> <p>c Name des/der Eigentümer(s): _____ Grundstücksgröße: _____ qm Verkehrswert: _____ Euro Wohnfläche: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro selbst bewohnt: _____ qm Belastungen: _____ Euro</p> | |
| <p>⑤ ⑥ Ich bzw. eine im Haushalt lebende Person oder wir gemeinsam sind Eigentümer unbebauter Grundstücke.</p> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <p>Wenn ja:</p> <p>a Name des/der Eigentümer(s): _____ Grundstücksgröße: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro Belastungen: _____ Euro Verkehrswert: _____ Euro</p> <p>b Name des/der Eigentümer(s): _____ Grundstücksgröße: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro Belastungen: _____ Euro Verkehrswert: _____ Euro</p> | |

| | |
|---|---|
| c Name des/der Eigentümer(s): _____ Grundstücksgröße: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro Belastungen: _____ Euro Verkehrswert: _____ Euro | |
| ⑥ Ich bzw. eine im Haushalt lebende Person oder wir gemeinsam haben sonstiges Vermögen (z.B. Edelmetalle, Antiquitäten, Gemälde usw.). | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja: Wert: _____ Euro Bezeichnung: _____ | |
| ⑦ Sind Kraftfahrzeuge (Kfz) vorhanden? Wenn ja: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| ♦ Besitzer des Kfz ist _____ amtliches Kennzeichen: _____ Fabrikat: _____ Modell: _____ Alter des Kfz _____ geschätzter Wert: _____ Euro ggf. noch bestehende Kreditverbindlichkeiten für das Kfz _____ Euro ♦ Besitzer des Kfz ist _____ amtliches Kennzeichen: _____ Fabrikat: _____ Modell: _____ Alter des Kfz _____ geschätzter Wert: _____ Euro ggf. noch bestehende Kreditverbindlichkeiten für das Kfz _____ Euro ♦ Besitzer des Kfz ist _____ amtliches Kennzeichen: _____ Fabrikat: _____ Modell: _____ Alter des Kfz _____ geschätzter Wert: _____ Euro ggf. noch bestehende Kreditverbindlichkeiten für das Kfz _____ Euro | |
| ⑧ Wurde Vermögen im In- oder im Ausland verschenkt oder gespendet oder auf eine andere Person übertragen? <small>(Hier sind Schenkungen / Spenden / Übertragungen anzugeben, die innerhalb der letzten 10 Jahre aus dem Vermögen einer in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Person im In- oder Ausland erfolgten)</small> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja: Höhe: _____ Euro Zeitpunkt des Ereignisses: _____ Verwendungszweck _____ Name der Person _____ EmpfängerIn _____ | |

| | |
|--|--|
| Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffen. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen. | Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen bei den Fragen zu den Punkten |
| _____ Ort / Datum Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin | _____ Ort / Datum Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin |
| _____ Ort / Datum Unterschrift des Partners / der Partnerin des Antragstellers / der Antragstellerin | _____ Hz. Antragsannehmer / Datum / Org.E. _____ |