

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

- ARBEITSLÖSENGELD II / SOZIALGELD -

Stadt/Gemeinde Grundsicherungsamt für Arbeitsuchende Nr. der Bedarfsgemeinschaft: _____ Aktenzeichen: _____ (Bitte angeben, wenn bekannt)	Tag der Antragstellung:	Eingangsvermerk
--	--------------------------------	-----------------

I. Allgemeine Daten des Antragstellers/der Antragstellerin		Dieses Antragsformular geben Sie bitte mit den ggf. erforderlichen Unterlagen und Nachweisen an das Grundsicherungsamt zurück.
Familiennamen, Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Haus-Nr. - ggf. bei wem -		
PLZ, Wohnort		
Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse für mögliche Rückfragen		
Bankverbindung (bitte angeben, weil die Leistungen bargeldlos überwiesen werden) Bankleitzahl (BLZ) Konto-Nr.		
bei Bank/Postbank/Sparkasse, sonstigem Kreditinstitut		
Name des Kontoinhabers		

Haben Sie in den letzten zwei Monaten vor dem Tag der Antragstellung (Datum siehe oben) mindestens einen Tag Arbeitslosengeld II bezogen? ja
 nein

II. Persönliche Verhältnisse der zur Bedarfsgemeinschaft gehörenden Person/en			
	Antragsteller / Antragstellerin Ich bin <input type="checkbox"/> allein stehend <input type="checkbox"/> allein erziehende(r) Mutter/Vater Die Kinder sind in Abschnitt III einzutragen.	Ich lebe zusammen mit: <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebendem Ehegatten <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebendem/r eingetragenen/r Lebenspartner/in *) <input type="checkbox"/> Partner in Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft *) <input type="checkbox"/> sonstiger Person (kein/e Verwandte/r) bitte Zusatzblatt 5 ausfüllen.	
	*) Unter Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft ist das Zusammenleben von Partnern in einem gemeinsamen Haushalt zu verstehen, wobei nach verständiger Würdigung der wechselseitige Wille anzunehmen ist, Verantwortung füreinander zu tragen und füreinander einzustehen. Ein wechselseitiger Wille, Verantwortung füreinander zu tragen und füreinander einzustehen, wird vermutet, wenn Partner länger als ein Jahr oder mit einem gemeinsamen Kind zusammenleben oder Kinder oder Angehörige im Haushalt versorgt werden oder Partner befugt sind, über Einkommen oder Vermögen des anderen zu verfügen.		
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Geburtsdatum /-ort			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____	

Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (ggf. Arbeitsgenehmigung vorlegen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (ggf. Arbeitsgenehmigung vorlegen)
Berechtigte/r nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls bekannt)		
Umfang der Erwerbsfähigkeit (**)	Können Sie - Ihrer Einschätzung nach - eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich ausüben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann Ihre Partnerin/Ihr Partner - Ihrer Einschätzung nach - eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich ausüben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
**) Erwerbsfähig ist, wer mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig sein kann und nicht wegen Krankheit oder Behinderung für mindestens sechs Monate daran gehindert ist. Erwerbsfähigkeit liegt auch vor, wenn eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, z.B. wegen Erziehung eines Kindes unter 3 Jahren oder wegen eines Schulbesuchs.		
Auszubildende/r - auch in Schul- ausbildung -	<input type="checkbox"/> ja, Ausbildung (auch Schulausbildung) bis Monat _____ Jahr _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Ausbildung (auch Schulausbildung) bis Monat _____ Jahr _____ <input type="checkbox"/> nein
bereits abgeschlossene Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> ja, erlernter Beruf _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, erlernter Beruf _____ <input type="checkbox"/> nein
erreichter Schulabschluss	höchster Schulabschluss _____	höchster Schulabschluss _____
aktuelle/gegenwärtige Unterbringung in einer stationären Einrichtung (z.B. in Anstalt, Pflege- heim, JVA, Krankenhaus)	<input type="checkbox"/> ja, Unterbringung ab _____ bzw. vom _____ bis _____ Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Unterbringung ab _____ bzw. vom _____ bis _____ Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor. <input type="checkbox"/> nein
Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung		
Krankenversicherung (KV)	Sind Sie in einer gesetzlichen Krankenkasse (KK) pflichtversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein familienversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein freiwillig versichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse	Sind Sie in einer gesetzlichen Krankenkasse (KK) pflichtversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein familienversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein freiwillig versichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse
	Krankenversicherten-Nr. (KV-Nr.)	Krankenversicherten-Nr. (KV-Nr.)
	Wenn nein: <input type="checkbox"/> zuletzt krankenversichert bei der (Name/Sitz der KK sowie KV-Nr. - bitte oben eintragen -) <input type="checkbox"/> bisher nicht krankenversichert → wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor. <input type="checkbox"/> bisher privat krankenversichert. (bitte Zusatzblatt „Sozialversicherung“ ausfüllen)	Wenn nein: <input type="checkbox"/> zuletzt krankenversichert bei der (Name/Sitz der KK sowie KV-Nr. - bitte oben eintragen -) <input type="checkbox"/> bisher nicht krankenversichert → wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor. <input type="checkbox"/> bisher privat krankenversichert. (bitte Zusatzblatt „Sozialversicherung“ ausfüllen)
Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin von Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner getrennt leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen familienversichert werden können.		
Getrennt lebend? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, . bitte ausfüllen →	Name, Vorname, Geburtsdatum des Ehegatten/ eingetragenen Lebenspartners	Name, Vorname, Geburtsdatum des Ehegatten/ eingetragenen Lebenspartners
	pflichtversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name und Sitz der Krankenkasse	pflichtversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name und Sitz der Krankenkasse
	Krankenversichertennummer	Krankenversichertennummer
Wichtiger Hinweis: Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin bei einem Elternteil familienversichert werden.		
23. Lebensjahr bereits vollendet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn nein, bitte ausfüllen →	Name, Vorname, Geburtsdatum der hauptversi- icherten Person (Mutter oder Vater)	Name, Vorname, Geburtsdatum der hauptversi- icherten Person (Mutter oder Vater)
	pflichtversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name und Sitz der Krankenkasse	pflichtversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name und Sitz der Krankenkasse
	Krankenversichertennummer	Krankenversichertennummer

Rentenversicherung (RV)	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Deutsche RV Bund <input type="checkbox"/> Deutsche RV Rheinland <input type="checkbox"/> Deutsche RV Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> Deutsche RV	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Deutsche RV Bund <input type="checkbox"/> Deutsche RV Rheinland <input type="checkbox"/> Deutsche RV Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> Deutsche RV	
	Rentenversicherungsnummer	Rentenversicherungsnummer	
	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsort/-land _____ <input type="checkbox"/> von der Rentenversicherungspflicht befreit und/oder privat versichert (Bitte Zusatzblatt „Sozialversicherung“ ausfüllen) <input type="checkbox"/> bisher nicht rentenversichert	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsort/-land _____ <input type="checkbox"/> von der Rentenversicherungspflicht befreit und/oder privat versichert (Bitte Zusatzblatt „Sozialversicherung“ ausfüllen) <input type="checkbox"/> bisher nicht rentenversichert	

III. Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden weiteren Personen

- Unter Bedarfsgemeinschaft ist der erwerbsfähige Hilfebedürftige sowie der nicht dauernd getrennt lebende Ehegatte, der nicht dauernd getrennt lebende Lebenspartner bzw. eine Person, die mit dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft zusammenlebt zu verstehen.
- Zu der Bedarfsgemeinschaft gehören auch die dem Haushalt angehörenden unverheirateten Kinder des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen oder seines Partners, welche das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, soweit sie ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen sichern können.
- Ebenfalls zur Bedarfsgemeinschaft gehören die Eltern einer/s volljährigen Hilfebedürftigen, die/der das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- Nicht zu einer Bedarfsgemeinschaft, möglicherweise aber zu einer Haushaltsgemeinschaft können andere Personen gehören, wie z.B. Großeltern, Tante, Onkel, Schwägerin, Schwager oder Kinder, die das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben.

Tragen Sie die weiteren Angehörigen in der Reihenfolge des Geburtsdatums - beginnend mit dem ältesten Mitglied der Bedarfsgemeinschaft - ein.

Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Antragsteller(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"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (ggf. Arbeitsgenehmigung vorlegen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (ggf. Arbeitsgenehmigung vorlegen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (ggf. Arbeitsgenehmigung vorlegen)
Berechtigte(r) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja bitte Nachweise vorlegen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja bitte Nachweise vorlegen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja bitte Nachweise vorlegen
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit			
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich ausüben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich ausüben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich ausüben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
Auszubildende/r - auch in Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> ja, Ausbildung (auch Schulausbildung) bis Monat _____ Jahr _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Ausbildung (auch Schulausbildung) bis Monat _____ Jahr _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Ausbildung (auch Schulausbildung) bis Monat _____ Jahr _____ <input type="checkbox"/> nein

Unterbringung in einer stationären Einrichtung - Näheres siehe Abschn. II -	<input type="checkbox"/> ja, Unterbringung ab _____ bzw. vom _____ bis _____ Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Unterbringung ab _____ bzw. vom _____ bis _____ Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Unterbringung ab _____ bzw. vom _____ bis _____ Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor. <input type="checkbox"/> nein
Die folgenden Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung sind für die Angehörigen der Bedarfsgemeinschaft zu beantworten, die das 15. Lebensjahr vollendet haben.			
Krankenversicherung (KV)	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung (pflicht- oder familienversichert) Name und Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung (pflicht- oder familienversichert) Name und Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung (pflicht- oder familienversichert) Name und Sitz der Krankenkasse
	Krankenversichertennummer	Krankenversichertennummer	Krankenversichertennummer
	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt „Sozialversicherung“ ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt „Sozialversicherung“ ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt „Sozialversicherung“ ausfüllen)
	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert
Rentenversicherung (RV)	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Deutsche RV Bund <input type="checkbox"/> Deutsche RV Rheinland <input type="checkbox"/> Deutsche RV Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> Deutsche RV	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Deutsche RV Bund <input type="checkbox"/> Deutsche RV Rheinland <input type="checkbox"/> Deutsche RV Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> Deutsche RV	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Deutsche RV Bund <input type="checkbox"/> Deutsche RV Rheinland <input type="checkbox"/> Deutsche RV Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> Deutsche RV
	RV-Nr.:	RV-Nr.:	RV-Nr.:
	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsort/-land:	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsort/-land:	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsort/-land:
	Wohnen in Ihrem Haushalt auch Angehörige, die nicht zur Bedarfsgemeinschaft gehören (Verwandte, wie z. B. Großeltern, Geschwister, Onkel, Tante, Nefte, Nichte und/oder Verschwägerter)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja , füllen Sie bitte das Zusatzblatt zur Feststellung des Umfangs der Hilfebedürftigkeit bei Vorliegen einer Haushaltsgemeinschaft aus.		

IV. Leistungen für besondere Mehrbedarfe
Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe an eine oder mehrere Personen der Bedarfsgemeinschaft erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind.
Folgende zur Bedarfsgemeinschaft gehörende Person
<input type="checkbox"/> ist schwanger Name, Vorname: _____ voraussichtlicher Entbindungstermin _____
<input type="checkbox"/> ist allein erziehend Name, Vorname: _____
<input type="checkbox"/> gehört zum Personenkreis der behinderten Menschen und erhält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) oder Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 bis 3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) Name, Vorname: _____
<input type="checkbox"/> benötigt aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung Name, Vorname: _____
<input type="checkbox"/> ist nicht erwerbsfähig und Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G Name, Vorname: _____

V. Wohnverhältnisse bzw. angemessene Kosten für Unterkunft und Heizung
Entstehen Kosten für Wohnung/Unterkunft und Heizung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, reichen Sie bitte den Vordruck „Mietbescheinigung/-angebot“ ein.

VI. Einkommensverhältnisse des/r Antragstellers/in und der in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen

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

- Einkommen aus nichtselbständiger oder selbständiger Arbeit, aus Vermietung oder Verpachtung, aus Land- und Forstwirtschaft,
- Kindergeld, Entgeltersatzleistungen wie Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Übergangsgeld, Krankengeld usw.,
- Renten aus der gesetzlichen Sozialversicherung, Betriebsrenten oder Pensionen,
- Unterhaltszahlungen, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz,
- Zinsen, Kapitalerträge,
- Wohngeld, Sozialhilfe nach dem SGB XII,
- sonstige laufende oder einmalige Einnahmen gleich welcher Art, es sei denn, es handelt sich um privilegiertes Einkommen.

Keine der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einkommen.

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

Name, Vorname _____ Art der Einkünfte _____

Name, Vorname _____ Art der Einkünfte _____

Name, Vorname _____ Art der Einkünfte _____

Reichen Sie bitte als Nachweis der Einkommensverhältnisse die Zusatzblätter „Einkommenserklärung/Selbsteinschätzung“ und „Einkommensbescheinigung“ - getrennt für jeden Einkommensbezieher - ein. Bei Bezug von Sozialleistungen legen Sie bitte zusätzlich den a k t u e l l e n Bewilligungsbescheid vor.

Es besteht ein Anspruch auf Kindergeld in Höhe von monatlich _____ Euro Kindergeld-Nr. _____
Bitte Nachweis vorlegen (z.B. Kontoauszug).

VII. Vermögensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen

Zum Vermögen zählen alle für den Lebensunterhalt verwertbaren Vermögensgegenstände - unabhängig davon, ob es im In- oder Ausland vorhanden ist - der in den Abschnitten II und III genannten Personen, wie z.B.

- Bank- und Sparguthaben, Bargeld, Wertpapiere, Aktien, Aktienfonds,
- Kraftfahrzeuge (z.B. Auto, Motorrad),
- Kapitallebensversicherungen, private Rentenversicherungen, Bausparverträge,
- bebaute oder unbebaute Grundstücke, Hausbesitz (z.B. ein Ein- oder Mehrfamilienhaus), Eigentumswohnung, sonstige Immobilien,
- sonstige Vermögensgegenstände (z.B. Wertsachen, Gemälde, Schmuck).

Die einzelnen Vermögensgegenstände sind zu addieren (Beispiel: Wert des Autos + Bankguthaben = Gesamtvermögen)

Bitte füllen Sie das Zusatzblatt aus.

VIII. Ansprüche gegenüber Arbeitgeber, Sozialleistungsträger und Schadensersatzansprüche

Erheben Sie oder die mit Ihnen in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen Ansprüche gegen Ihren letzten Arbeitgeber für noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (z.B. bei Zahlungsunfähigkeit - Insolvenz - des Arbeitgebers) oder gegen einen ehemaligen Arbeitgeber für Zeiten nach dem Ausscheiden (z.B. bei noch ausstehenden Abfindungen)? ja nein

Wenn ja, wer? Name, Vorname _____ Name, Vorname _____
Name, Vorname _____ Name, Vorname _____
Anschrift des Arbeitgebers: _____
Grund: _____ Gericht / Az.: _____

Haben Sie oder die mit Ihnen in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen (eine) andere Leistung(en) beantragt oder beabsichtigen Sie einen entsprechenden Antrag zu stellen? ja nein

Anzugeben sind unter anderem alle Rentenarten, Ausgleichszahlungen des ehemaligen Arbeitgebers, Kindergeld, Kinderzuschlag nach § 6a Bundeskindergeldgesetz, Wohngeld, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz, Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII, Leistungen nach dem SGB III.

Angabe der Person (ggf. mehrere Personen), die Leistungen beantragt hat:

Art der Leistung(en) Sozialleistungsträger: beantragt am für die Zeit ab _____

Meine Hilfebedürftigkeit / Die Hilfebedürftigkeit der mit mir in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen wurde durch einen Unfall verursacht. ja nein

Wenn ja, bitte - soweit noch nicht geschehen - Zusatzblatt „Unfall-Fragebogen“ ausfüllen.

IX. Weitere Angaben, die für die Leistungsgewährung von Bedeutung sein können

Die folgenden Angaben dienen der Prüfung, ob Anspruch auf einen befristeten Zuschlag zum Arbeitslosengeld II nach dem Bezug von Arbeitslosengeld besteht. Eintragungen sind nur vorzunehmen, wenn der letzte Tag des Bezugs von Arbeitslosengeld nicht länger als 2 Jahre zurückliegt.

Folgende Personen der Bedarfsgemeinschaft beziehen/bezogen von der Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld (ALG):

Name: _____ Vorname: _____ Kundennummer: _____

Ende des Arbeitslosengeldbezugs am: _____

Zuletzt bezogenes Arbeitslosengeld wöchentlich täglich _____ Euro

Bitte Beendigungsschreiben (letzter Tag des ALG-Anspruchs) und Bewilligungsbescheid (Höhe des ALG) beifügen!

Wurde während des letzten ALG-Bezugs Wohngeld bezogen? ja nein

Höhe des Wohngeldes _____ Euro monatlich (Bescheid über Höhe des Wohngeldes vorlegen)

Es wurde der Eintritt einer Sperrzeit für den Zeitraum vom _____ bis _____ festgestellt.

Der Anspruch ist wegen Eintritts einer Sperrzeit ab _____ erloschen.

Bitte **Sperrzeitbescheid** oder **Erlöschensbescheid** beifügen!

Name: _____ Vorname: _____ Kundennummer: _____

Ende des Arbeitslosengeldbezugs am: _____

Zuletzt bezogenes Arbeitslosengeld wöchentlich täglich _____ Euro

Bitte Beendigungsschreiben (letzter Tag des ALG-Anspruchs) und Bewilligungsbescheid (Höhe des ALG) beifügen!

Wurde während des letzten ALG-Bezugs Wohngeld bezogen? ja nein

Höhe des Wohngeldes _____ Euro monatlich (Bescheid über Höhe des Wohngeldes vorlegen)

Es wurde der Eintritt einer Sperrzeit für den Zeitraum vom _____ bis _____ festgestellt.

Der Anspruch ist wegen Eintritts einer Sperrzeit ab _____ erloschen.

Bitte **Sperrzeitbescheid** oder **Erlöschensbescheid** beifügen!

XI. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben nochmals genau. Vermeiden Sie in jedem Fall unrichtige oder unvollständige Angaben. Bitte vergessen Sie nicht zu unterschreiben.

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 dem Leistungsträger erklären, dass diese ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen (§ 38 SGB II).

Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht unverzüglich bzw. überhaupt nicht mitteilen, müssen Sie nicht nur mit der Erstattung der zu Unrecht erhaltenen Leistungen rechnen, sondern Sie setzen sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus.

Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und sie alle notwendigen Informationen erhalten.

Das Informationsblatt über die Rechte und Pflichten nach dem SGB II sowie die Belehrung über die Rechtsfolgen habe ich erhalten und von seinem Inhalt Kenntnis genommen.

Ich versichere, dass die Angaben zutreffend sind.

Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich **unaufgefordert** und **unverzüglich** mitteilen.

Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von mir freiwillig angegebenen Daten bin ich einverstanden.

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des Sozialamtes/Grundsicherungsamtes vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten:

(Ort/Datum)

Unterschrift Antragsteller/in

(Ort/Datum)

Unterschrift Antragsteller/in

(Ort/Datum)

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragsteller

(Ort/Datum)

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragsteller