

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

- ARBEITSLOSENGELD II / SOZIALGELD -

Die mit dem Antragsvordruck erfragten Daten werden aufgrund der §§ 60 - 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67 a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben.

Ausfüllhinweise sind bei den örtlich zuständigen Stellen erhältlich oder im Internet unter <http://arbeitslosengeld2.arbeitsagentur.de> abrufbar.

Bitte den Antragsvordruck in Druckbuchstaben ausfüllen!

Dienststelle
Nr. der Bedarfsgemeinschaft
Org. Einheit
- nur ausfüllen, wenn die Angaben bekannt sind -

Tag der Antragstellung
---------------------------

<b>EINGANGSSTEMPEL</b>
- nicht vom Antragsteller auszufüllen -
Antrag angenommen am:
Der Antragsteller/Die Antragstellerin hat sich ausgewiesen durch:
<input type="checkbox"/> Bundespersonalausweis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Sonstige Ausweispapiere (Hz. Datum)

<b>I. Allgemeine Daten des Antragstellers/der Antragstellerin</b>
Familienname
Vorname
Straße, Haus-Nr. - ggf. bei wem -
PLZ, Wohnort
☎ Hier können Sie Ihre Telefonnummer (mit Vorwahl) und/oder E-Mail-Adresse für mögliche Rückfragen eintragen.
<b>Bankverbindung</b> (bitte angeben, weil die Leistungen bargeldlos überwiesen werden) Bankleitzahl (BLZ) <span style="float: right;">Konto-Nr.</span>
bei Bank/Postbank/Sparkasse, sonstigem Kreditinstitut
Name des Kontoinhabers
Die Übermittlung der Leistungen an den Wohnort ist in der Regel kostenpflichtig. <b>Ausnahme:</b> Sie können <u>ohne</u> eigenes Verschulden kein Girokonto eröffnen (bitte Nachweis beifügen).

<b>Hinweise für die Sachbearbeitung</b> (wird von der zuständigen Stelle eingetragen)
Personen <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤
Arbeitsaufnahme am
Erste Lohn-/Gehaltszahlung am
Arbeitsunfähig ab
Stat. Erfassung
(Hz. Dat./Org. E)

**Haben Sie in den letzten drei Monaten vor dem Tag der Antragstellung (Datum siehe oben) mindestens einen Tag Arbeitslosengeld II bezogen und sind seitdem nicht umgezogen?**  ja  
 nein

Wenn die Frage mit „ja“ zu beantworten ist, wird Ihnen das Ausfüllen dieses Antragsvordrucks erleichtert. Sie können dann in den **Abschnitten II bis X** das Feld „keine Änderung“ ankreuzen, wenn gegenüber den Angaben im vorherigen Antrag tatsächlich **keine Änderungen** eingetreten sind.

<b>II. Persönliche Verhältnisse der zur Bedarfsgemeinschaft gehörenden Person/en</b>	
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,
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	
*) Nähere Erläuterungen zum Begriff „Partner/in in Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft“ siehe Ausfüllhinweise	

Keine Änderung

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 <b>Nachweise mitbringen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, entsprechende <b>Nachweise mitbringen</b>
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls bekannt)		
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Können Sie – Ihrer Einschätzung nach – eine Tätigkeit von mindestens <b>3 Stunden täglich ausüben?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann Ihre Partnerin/Ihr Partner – Ihrer Einschätzung nach – eine Tätigkeit von mindestens <b>3 Stunden täglich ausüben?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
<b>Erwerbsfähig</b> ist, wer mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig sein kann und nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit 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.		
Auszubildender - 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
aktuelle/gegenwärtige Unterbringung in einer stationären Einrichtung (nähere Erläuterungen siehe Ausfüllhinweise)	<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
<b>Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung</b>		
Krankenversicherung (KV)	In einer gesetzlichen Krankenkasse (KK) pflicht-, familien- oder freiwillig versichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn ja:</b> Name und Sitz der Krankenkasse	In einer gesetzlichen Krankenkasse (KK) pflicht-, familien- oder freiwillig versichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn ja:</b> Name und Sitz der Krankenkasse
	Krankenversicherten-Nr. (KV-Nr.)	Krankenversicherten-Nr. (KV-Nr.)
	<b>Wenn nein:</b> <input type="checkbox"/> zuletzt krankenversichert bei der ... (Name/Sitz der KK sowie KV-Nr. - bitte oben eintragen -) <input type="checkbox"/> bisher <b>nicht</b> krankenversichert ⇒ <b>wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor.</b> <input type="checkbox"/> bisher <b>privat</b> krankenversichert. (bitte Zusatzblatt 6 „Sozialversicherung“ ausfüllen)	<b>Wenn nein:</b> <input type="checkbox"/> zuletzt krankenversichert bei der ... (Name/Sitz der KK sowie KV-Nr. - bitte oben eintragen -) <input type="checkbox"/> bisher <b>nicht</b> krankenversichert ⇒ <b>wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor.</b> <input type="checkbox"/> bisher <b>privat</b> krankenversichert. (bitte Zusatzblatt 6 „Sozialversicherung“ ausfüllen)
Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin von Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner <b>getrennt</b> leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen <b>familienversichert</b> werden können.		
<b>Getrennt lebend?</b> <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.

<b>23. Lebensjahr bereits vollendet?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn nein, bitte ausfüllen ⇒	Name, Vorname, Geburtsdatum der hauptversicherten Person (Mutter oder Vater)	Name, Vorname, Geburtsdatum der hauptversicherten 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
	Krankenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer
Rentenversicherung (RV)	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Deutsche RV-Bund <input type="checkbox"/> Deutsche RV-Knappschaft-Bahn-See	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Deutsche RV-Bund <input type="checkbox"/> Deutsche RV-Knappschaft-Bahn-See
	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 6 „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 6 „Sozialversicherung“ ausfüllen) <input type="checkbox"/> bisher nicht rentenversichert

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

Keine Änderung



- 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. Freundin, Tante, Schwägerin oder Kinder, die das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben. (Nähere Erläuterungen siehe Ausfüllhinweise).

Tragen Sie die weiteren Angehörigen in der Reihenfolge des Geburtsdatums – beginnend mit dem ältesten Mitglied der Bedarfsgemeinschaft - ein. Bei vier oder mehr Angehörigen ist das **Zusatzblatt 4 zur Feststellung weiterer Angehöriger** zu verwenden.

	③	④	⑤
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Antragsteller(in) /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"/> 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

<b>Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls bekannt)</b>			
Erwerbsfähigkeit *) (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – eine Tätigkeit von mindestens <b>3 Stunden täglich</b> ausüben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – eine Tätigkeit von mindestens <b>3 Stunden täglich</b> ausüben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – eine Tätigkeit von mindestens <b>3 Stunden täglich</b> 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 *)	<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

\*) Nähere Erläuterungen in Abschnitt II, S. 2 des Antrags

**Die folgenden Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung sind für die Angehörigen der Bedarfsgemeinschaft zu beantworten, die das 14. Lebensjahr vollendet haben.**

Krankenversicherung (KV)	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung (pflicht- oder familienversichert) <input type="checkbox"/> <b>Name und Sitz</b> der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung (pflicht- oder familienversichert) <input type="checkbox"/> <b>Name und Sitz</b> der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung (pflicht- oder familienversichert) <input type="checkbox"/> <b>Name und Sitz</b> der Krankenkasse
	Krankenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer
	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt 6 „Sozialversicherung“ ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt 6 „Sozialversicherung“ ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt 6 „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-Knappschaft-Bahn-See	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Deutsche RV-Bund <input type="checkbox"/> Deutsche RV-Knappschaft-Bahn-See	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Deutsche RV-Bund <input type="checkbox"/> Deutsche RV-Knappschaft-Bahn-See
	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 und/oder Verschwägerter)?  ja  nein

**Wenn ja**, füllen Sie bitte das Zusatzblatt 7 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. Entsprechende Nachweise sind vorzulegen (s. Ausfüllhinweise).

Folgende zur Bedarfsgemeinschaft gehörende Person voraussichtlicher Entbindungstermin

ist **schwanger** Name, Vorname: \_\_\_\_\_

ist **allein erziehend** Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

benötigt **aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung**  
Name, Vorname: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

ist **nichterwerbsfähig und Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G**  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Keine Änderung

### V. Wohnverhältnisse bzw. angemessene Kosten für Unterkunft und Heizung

Entstehen Kosten für Wohnung/Unterkunft und Heizung?

ja  nein

Wenn ja, füllen Sie bitte das Zusatzblatt 1 „zur Feststellung der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung“ aus.

Keine  
Änderung

### VI. Einkommensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin 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.

(Nähere Erläuterungen siehe Ausfüllhinweise).

Keine  
Änderung

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 „2.1 Einkommenserklärung/Selbsteinschätzung“ und „2.2 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 für Personen nach Nr. 1 2 3 4 5

### 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 3** aus.

Keine  
Änderung

### VIII. Unterhaltsansprüche gegenüber Dritten

Dieser Abschnitt ist auszufüllen, wenn **Unterhaltsberechtigte** gegenüber Dritten zivilrechtliche Unterhaltsansprüche haben.

**Unterhaltsberechtig** sind z. B. minderjährige unverheiratete Kinder gegen ihre Elternteile, minderjährige verheiratete Kinder gegen den Ehegatten und ihre Eltern, volljährige Kinder ohne abgeschlossene Erstausbildung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres gegen beide Elternteile, getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten untereinander, Ansprüche des allein erziehenden Elternteils gegen den anderen Elternteil. **Nicht dazu gehören Personen**, die mit dem Unterhaltspflichtigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben.

**Bestehen gegenüber Dritten zivilrechtliche Unterhaltsansprüche?** Wenn ja, bitte füllen Sie das  ja  nein beim Leistungsträger erhältliche Zusatzblatt 9 „Unterhaltsansprüche gegenüber Dritten“ aus.

Keine  
Änderung

### IX. 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:** 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.

Keine  
Änderung

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 10 „Unfall-Fragebogen“ ausfüllen.**

**X. 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.  ja  nein  
 Eintragungen sind nur vorzunehmen, wenn der letzte Tag des Bezugs von Arbeitslosengeld nicht länger als 2 Jahre zurückliegt.

Folgende Personen der Bedarfsgemeinschaft beziehen/bezogen Arbeitslosengeld (Alg)

1. Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Kunden-Nummer \_\_\_\_\_

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!**

2. Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Kunden-Nummer \_\_\_\_\_

Ende des Arbeitslosengeldbezuges 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!**

Keine Änderung

**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.

<p>Das Merkblatt „SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)“ habe ich erhalten und von seinem Inhalt Kenntnis genommen.</p> <p><b>Ich versichere, dass die Angaben zutreffend sind.</b></p> <p>Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich <u>unaufgefordert</u> und <u>unverzüglich</u> mitteilen.</p> <p>Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von mir freiwillig angegebenen Daten bin ich einverstanden.</p> <p>_____ Ort/Datum</p> <p>_____ Unterschrift Antragsteller/ Antragstellerin</p> <p>_____ Ort/Datum</p> <p>_____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragsteller</p>	<p>Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ Ort/Datum</p> <p>_____ Unterschrift Antragsteller/ Antragstellerin</p> <p>_____ Ort/Datum</p> <p>_____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragsteller</p>
--	---

Ist ein Betreuer(in) / Beistand bestellt?

nein  ja ► durch: \_\_\_\_\_ AZ.: \_\_\_\_\_

Wirkung der Betreuung: \_\_\_\_\_ (bitte Nachweise vorlegen)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift