

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

- ARBEITSLÖSENGELD II / SOZIALGELD -

Kreis Düren job-com Jobcenter: _____ 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 für Sie örtlich zuständige Jobcenter zurück.
Familienname, Vorname	Geburtsdatum <u>und</u> Geburtsort	
Straße, Haus-Nr. - ggf. bei wem -		
PLZ, Wohnort		
Telefon-/ Handynummer 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

Wenn ja,
 -bis wann bzw. für welchen Zeitraum? _____

-von welcher Stelle? _____, Az.: _____
 (Bezeichnung und Sitz der Behörde bitte angeben)

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 Einstehegemeinschaft *) <input type="checkbox"/> sonstiger Person (kein/e Verwandte/r) bitte Zusatzblatt 5 ausfüllen.	
*) Unter Verantwortungs- und Einstehegemeinschaft 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 <u>und</u> Geburtsort	_____	_____	_____
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 - bereits abgeschlossene Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> ja, Ausbildung (auch Schulausbildung) bis Monat _____ Jahr _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, erlernter Beruf _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Ausbildung (auch Schulausbildung) bis Monat _____ Jahr _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, erlernter Beruf _____ <input type="checkbox"/> nein
erreichter Schulabschluss	höchster Schulabschluss _____	höchster Schulabschluss _____
gegenwärtige oder künftige Unterbringung in einer stationären Einrichtung (z.B. in Anstalt, Pflegeheim, 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"/> In den letzten 12 Monaten Krankenversicherung bei der <u>Bundesknappschaft</u> <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"/> In den letzten 12 Monaten Krankenversicherung bei der <u>Bundesknappschaft</u> <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 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 _____
	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/die erwerbsfähige Leistungsberechtigte sowie der/die nicht dauernd getrennt lebende Ehegatte/Ehegattin, der/die nicht dauernd getrennt lebende Lebenspartner/-in bzw. eine Person, die mit dem/der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in einer Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft zusammenlebt zu verstehen.
- Zu der Bedarfsgemeinschaft gehören auch die dem Haushalt angehörenden unverheirateten Kinder des/der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten oder seines Partners/seiner Partnerin, 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 Leistungsberechtigten, 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. Ggf. weitere Personen bitte auf dem Zusatzblatt zu Abschnitt III eintragen.

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 und Geburtsort			
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"/> In den letzten 12 Monaten Krankenversicherung bei der Bundesknappschaft <input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> In den letzten 12 Monaten Krankenversicherung bei der Bundesknappschaft <input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> In den letzten 12 Monaten Krankenversicherung bei der Bundesknappschaft <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 den Regelbedarf abgedeckt sind.	
Folgende zur Bedarfsgemeinschaft gehörende Person	
<input type="checkbox"/> ist schwanger	Name, Vorname: _____ voraussichtlicher Entbindungstermin (Bitte Nachweis vorlegen)
<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)	
<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 (Bitte Ausweis vorlegen)	
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/-änderung“ 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, Insolvenzgeld, Entgeltersatzleistungen wie Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld usw.,
- Elterngeld, Mutterschaftsgeld, Zuschuss zum Mutterschaftsgeld,
- Renten aus der gesetzlichen Sozialversicherung, Betriebsrenten oder Pensionen,
- Unterhaltszahlungen, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz,
- Zinsen, Kapitalerträge,
- Wohngeld, Sozialhilfe nach dem SGB XII,
- Leistungen nach dem BAföG oder Berufsausbildungsbeihilfe nach dem SGB III,
- 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).

Hierzu gehört auch Vermögen, das in den letzten 10 Jahren auf andere Personen übertragen worden ist (z.B. Schenkung).

Bitte füllen Sie das Zusatzblatt zu Abschnitt VII 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, Leistungen nach dem BAföG.

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 Zusatzblatt „Unfall-Fragebogen“ ausfüllen.

IX. Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabepaket

Für mich bzw. für Angehörige der Bedarfsgemeinschaft beantrage ich fristwährend Leistungen für Bedarfe nach § 28 Abs. 2 und Abs. 4 bis 7 SGB II. Die hierfür im Einzelfall erforderlichen gesonderten Anträge sowie die notwendigen Unterlagen und Nachweise werde ich unaufgefordert nachreichen. Dieser formlose Antrag ist als gegenstandslos zu betrachten, sofern ich innerhalb des aufgrund des Fortzahlungsantrages festgelegten Bewilligungszeitraumes den fristwährend gestellten Antrag nicht konkretisiere bzw. keinen gesonderten Antrag auf einzelne Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabepaket stelle.

X. Ergänzende Angaben/Antragsbegründung

Mein Lebensunterhalt / Der Lebensunterhalt der mit mir in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen wurde in den letzten Monaten vor der Antragstellung wie folgt bestritten:

Meine Hilfebedürftigkeit / Die Hilfebedürftigkeit der mit mir in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen ist aus folgenden Gründen entstanden:

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.

Hinweis: Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 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.

Nach § 60 Abs. 1 SGB I hat derjenige, der Sozialleistungen beantragt oder erhält, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Hilfebedürftigkeit liegt nicht vor, wenn Sie über ausreichendes Einkommen oder Vermögen verfügen. Die Pflicht zur Erteilung von Auskünften betreffend Einkommen oder Vermögen der Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft ergibt sich aus § 60 SGB I.

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.

(Ort/Datum)

Unterschrift Antragsteller/in

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

(Ort/Datum)

Unterschrift Antragsteller/in

(Ort/Datum)

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragsteller

(Ort/Datum)

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragsteller

Ist eine Betreuerin/ein Betreuer/Beistand vom Vormundschaftsgericht bzw. Jugendamt bestellt?

ja nein

Wenn ja, durch _____ Az.: _____

(Bitte Nachweis vorlegen)

Wirkung der Betreuung _____

Ort/Datum

Unterschrift Betreuerin/Betreuer/Beistand