

Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) - Arbeitslosengeld II / Sozialgeld -

Füllen Sie bitte den Antragsvordruck (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus.
Beachten Sie bitte auch die beigefügten Ausfüllhinweise. Die Antragsformulare finden Sie
auch im Internet unter www.arbeitsagentur.de unter der Rubrik
"Formulare > Formulare für Bürgerinnen & Bürger > Arbeitslosengeld II".

Tag der Antragstellung	Dienststelle	Eingangsstempel
	Team	
Hinweise für die Sachbearbeitung <input type="checkbox"/> Antrag vollständig angenommen am _____ <input type="checkbox"/> Statistische Erfassung erfolgt am _____ <input type="checkbox"/> Arbeitsaufnahme am _____ <input type="checkbox"/> Anlage EK/Einkommensbesch. ausgehändigt <input type="checkbox"/> Erste Lohn-/Gehaltszahlung am _____ <input type="checkbox"/> sonstiges (z.B. Schulausbildung/Studium/Berufsausbildung) ab _____ (Hz. Datum) _____		Die Antragstellerin/der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch: <input type="checkbox"/> Bundespersonalausweis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> sonstiges Ausweispapier (Hz. Datum) _____

Kundennummer der Antragstellerin/des Antragstellers _____

Nummer der Bedarfsgemeinschaft _____

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Familienname/ggf. Geburtsname _____

Vorname _____ Geschlecht weiblich männlich

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Geburtsland _____

Staatsangehörigkeit _____ Rentenversicherungsnummer _____

Straße, Hausnummer _____ ggf. wohnhaft bei _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefonnummer *) _____ E-Mail-Adresse *) _____

Bankverbindung *)
 Kontonummer _____ bei Kreditinstitut _____
 Bankleitzahl (BLZ) _____ Name des Kontoinhabers _____

Familienstand ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft verwitwet
 dauernd getrennt lebend seit _____ (Tag/Monat/Jahr)
 geschieden seit _____ (Tag/Monat/Jahr)

2. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung

2a Sind Sie Spätaussiedlerin/Spätaussiedler nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVG) und ortsgeliebt? Ja Nein
 Wenn ja, legen Sie bitte die Registrierbescheinigung oder den Aufnahmebescheid vor.

2b Sind Sie Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz? Ja Nein
 Wenn ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

2c Sind Sie - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben? *) Ja Nein

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (vgl. auch Kapitel 18 des Merkblattes). 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.

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen.

2d Sind Sie Schülerin/Schüler, bis (Tag/Monat/Jahr) _____ oder Ja Nein
 Studentin/Student, bis (Tag/Monat/Jahr) _____ oder Ja Nein
 befinden Sie sich in einer beruflichen Ausbildung, bis (Tag/Monat/Jahr) _____ ? Ja Nein
 Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung, Studienbescheinigung oder den Ausbildungsvertrag vor.

2e Befinden Sie sich zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung? *) Ja Nein
 Wenn ja, Unterbringung (Tag/Monat/Jahr) vom _____ bis _____
 bzw. ab _____. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

2f Angaben zu den Personen der **Bedarfsgemeinschaft** *)

Wie viele weitere Personen gehören zu Ihrer Bedarfsgemeinschaft? ____ Person/en

Leben Sie zusammen mit (Mehrfachnennungen möglich)

- Ihrer/Ihrem nicht dauernd getrennt lebenden Ehegattin/Ehegatten,
- Ihrer/Ihrem nicht dauernd getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartnerin/Lebenspartner,
- Ihrer Partnerin, Ihrem Partner in Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft *),
- einem unverheirateten Kind unter 25 Jahren oder mehreren Kindern,
- Ihren Eltern bzw. einem Elternteil oder dessen Partner (nur anzukreuzen, wenn Sie unter 25 Jahre alt sind)?

Tragen Sie bitte die Person/en ein, die außer Ihnen zur Bedarfsgemeinschaft gehören:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in bzw. zum/zur Partner/in	Kundennummer

Bitte füllen Sie zusätzlich für die oben genannte/n Person/en ab 15 Jahre (z.B. Partner, Eltern, Kinder) jeweils **Anlage WEP** aus.
 Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte **Anlage KI** aus.

2g Wohnen in Ihrem Haushalt auch Personen, die ggf. nicht zur Bedarfsgemeinschaft, jedoch zur **Haushaltsgemeinschaft** gehören? *) Ja Nein

Wenn ja, wie viele Personen sind das? ____ Person/en.

Für Verwandte oder Schwägerte (z. B. Großeltern, Geschwister, Onkel, Tante, Nefte) füllen Sie bitte **Anlage HG** aus. Für sonstige nicht verwandte Personen (z. B. Ihre Partnerin/Ihr Partner) füllen Sie bitte **Anlage VE** aus.

3. Angaben für die Prüfung eines Mehrbedarfes

Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, sofern Sie einen Mehrbedarf beanspruchen.

3a Schwangere haben einen Anspruch auf Mehrbedarf.

Geben Sie gegebenenfalls den voraussichtlichen Entbindungstermin an _____ (Tag/Monat/Jahr).

Bitte legen Sie geeignete Nachweise vor. *)

3b Sind Sie alleinerziehend? Ja Nein

3c Haben Sie eine Behinderung und erhalten Sie folgende Leistungen? Ja Nein

Wenn ja, legen Sie bitte den aktuellen Bewilligungsbescheid vor.

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben oder
- Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

3d Benötigen Sie aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändigere Ernährung? *) Ja Nein

Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage MEB** aus.

3e Sind Sie nicht erwerbsfähig und Inhaber eines Ausweises (nach § 69 Abs. 5 SGB IX) mit dem Merkzeichen G? Legen Sie bitte den entsprechenden amtlichen Ausweis vor. Ja Nein

3f Besteht bei Ihnen bzw. bei Personen der Bedarfsgemeinschaft ein laufender besonderer Bedarf aufgrund eines besonderen Lebensumstands (z. B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern)? *) Wenn ja, füllen sie bitte **Anlage BEBE** aus. Ja Nein

4. Angaben zu den Einkommensverhältnissen *)

Füllen Sie bitte für sich und ggf. für jede weitere Person der Bedarfsgemeinschaft jeweils **Anlage EK** aus. Zum Einkommen gehören auch Sozialleistungen und Renten. Bei Erwerbseinkommen aus unselbständiger Tätigkeit lassen Sie bitte außerdem die **Einkommensbescheinigung** durch den Arbeitgeber ausfüllen. Bei Erwerbseinkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte **Anlage EKS** aus.

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen.

5. Angaben zu den Vermögensverhältnissen *)

Tragen Sie bitte die Angaben zu **allen** Personen der Bedarfsgemeinschaft in die **Anlage VM** ein.

6. Angaben für die Prüfung eines befristeten Zuschlags *)

Haben Sie innerhalb der letzten 2 Jahre Arbeitslosengeld bezogen?

Wenn ja,

6a der Arbeitslosengeldanspruch endete am _____ (Tag/Monat/Jahr).

6b die Höhe des zuletzt bezogenen Arbeitslosengeldes betrug _____ Euro täglich.

Legen Sie bitte den letzten Bewilligungsbescheid zum Arbeitslosengeld und das Beendigungsschreiben von Ihrer Agentur für Arbeit vor.

6c Sofern Sie während des Bezuges von Arbeitslosengeld Wohngeld bezogen haben, geben Sie bitte die Höhe an: _____ Euro/monatlich. Legen Sie bitte den Bescheid von Ihrer Wohngeldstelle vor.

7. Weitere Angaben, die für die Leistungsgewährung von Bedeutung sein können *)

7a Innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung (Mehrfachnennungen möglich)

- war ich sozialversicherungspflichtig beschäftigt,
- war ich selbständig tätig,
- habe ich Wehr- oder Zivildienst geleistet,
- habe ich Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld) bezogen,
- habe ich Angehörige gepflegt (Pflege im Sinne des SGB XI).

Tragen Sie bitte die entsprechenden Zeiträume ein:

von	bis	Arbeitgeber/Behörde/Leistungsträger	beschäftigt/tätig als/Leistung

7b Ruht Ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Eintritts einer Sperrzeit gemäß § 144 SGB III? *) Ja Nein

Wenn ja, der Anspruch ruht vom _____ bis _____ (Tag/Monat/Jahr).

Legen Sie bitte den Sperrzeitbescheid von Ihrer Agentur für Arbeit vor.

7c Ist der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Eintritts einer Sperrzeit gemäß § 147 SGB III erloschen? *) Ja Nein

Wenn ja, ab _____ (Tag/Monat/Jahr). Legen Sie bitte den Bescheid über das Erlöschen des Anspruches auf Arbeitslosengeld von Ihrer Agentur für Arbeit vor.

8. Angaben zur Sozialversicherung

8a Sind Sie bei einer **gesetzlichen** Krankenkasse pflicht-, familien- oder freiwillig versichert? *) Ja Nein

Wenn ja, Name und Sitz der Krankenkasse _____

Krankenversichertennummer (KV-Nr.) _____

Wenn nein,

ich bin zurzeit privat krankenversichert. Füllen Sie bitte **Anlage SV Abschnitt 2** aus.

ich bin zurzeit nicht krankenversichert. Füllen Sie bitte **Anlage SV Abschnitt 3** aus.

~~8b Meine **gesetzliche** Krankenkasse erhebt einen Zusatzbeitrag gemäß § _____ die Übernahme dieses Beitrages. Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage SV A** _____~~

8c Nachfolgende Angaben sind erforderlich, wenn Sie getrennt lebend sind, da Sie ggf. familienversichert werden können. *)

Ist Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte bzw. Ihre eingetragene Lebenspartnerin/Ihr eingetragener Lebenspartner pflichtversichert? Ja Nein

Wenn ja, Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Name und Sitz der Krankenkasse _____

Krankenversichertennummer (KV-Nr.) _____

8d Nachfolgende Angaben sind erforderlich, wenn Sie das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, da Sie ggf. bei einem Elternteil familienversichert werden können. *)

Ist Ihre Mutter/Ihr Vater pflichtversichert? Ja Nein

Wenn ja,

Name, Vorname, Geburtsdatum der hauptversicherten Person (Mutter oder Vater) _____

Name und Sitz der Krankenkasse _____

Krankenversichertennummer (KV-Nr.) _____

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen.

8e Sind Sie in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert? *) Ja Nein

Wenn ja, ich gehöre wegen meiner bisherigen Beschäftigung der knappschaftlichen Rentenversicherung an.

Wenn nein, ich bin von der Rentenversicherungspflicht befreit. Füllen Sie

ich war bisher nicht rentenversichert:
Die Rentenversicherungsnummer wurde beantragt oder soll von Ihrem Leistungsträger beantragt werden.

9. Sonstige Ansprüche gegenüber Dritten (z. B. Unterhaltsansprüche oder Schadensersatzansprüche)

9a Wenn eine oder mehrere Aussagen zutreffen, füllen Sie bitte die entsprechende **Anlage UH** aus: *)

Ich bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner lebt getrennt von der Ehegattin/vom Ehegatten bzw. von der eingetragenen Lebenspartnerin/vom eingetragenen Lebenspartner. Füllen Sie bitte **Anlage UH1** aus.

Ich bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner war bereits verheiratet und diese Ehe wurde geschieden bzw. diese Lebenspartnerschaft wurde aufgelöst. Füllen Sie bitte **Anlage UH1** aus.

Eine nicht verheiratete Person in der Bedarfsgemeinschaft ist schwanger oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren und kann deshalb nicht arbeiten. Füllen Sie bitte **Anlage UH2** aus.

Eine Person in der Haushaltsgemeinschaft hat einen Elternteil außerhalb der Bedarfsgemeinschaft und ist unter 18 Jahren oder zwischen 18 und 24 Jahren und in Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen. Füllen Sie bitte **Anlage UH3** für jede Person bzw. für jeden Elternteil außerhalb des Haushaltes aus.

9b Haben Sie einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlichen Behandlungsfehler, tätliche Auseinandersetzung) und sind Sie deshalb hilfebedürftig geworden? Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage UF** aus. *) Ja Nein

10. Angaben zu den Kosten der Unterkunft und Heizung

Entstehen Ihnen Kosten für Unterkunft und Heizung? Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage KDU** aus. Ja Nein

Da Sie die Leistungen beantragen, wird davon ausgegangen, dass Sie auch die Vertretung Ihrer Bedarfsgemeinschaft übernommen haben. Diese gilt nicht mehr, wenn Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Leistungsträger erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen (§ 38 SGB II). Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft mit der Erstattung der zu viel gezahlten Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus. Beachten Sie bitte, dass der Leistungsträger im Wege des automatisierten Datenabgleichs Auskünfte bei Dritten, z. B. über Beschäftigungszeiten, Kapitalerträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen erhalten.

Das Merkblatt "SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)" und die Ausfüllhinweise habe ich erhalten und kenne deren Inhalt. Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Folgende Anlagen sind dem Hauptantrag beigelegt:

<input type="checkbox"/> Anlage WEP	Anzahl	_____	<input type="checkbox"/> Anlage EK	Anzahl	_____	<input type="checkbox"/> Anlage UH1	Anzahl	_____
<input type="checkbox"/> Anlage KI	Anzahl	_____	<input type="checkbox"/> EK-Bescheinigung	Anzahl	_____	<input type="checkbox"/> Anlage UH2	Anzahl	_____
<input type="checkbox"/> Anlage HG	Anzahl	_____	<input type="checkbox"/> Anlage EKS	Anzahl	_____	<input type="checkbox"/> Anlage UH3	Anzahl	_____
<input type="checkbox"/> Anlage VE			<input type="checkbox"/> Anlage VM			<input type="checkbox"/> Anlage KDU		
<input type="checkbox"/> Anlage MEB	Anzahl	_____	<input type="checkbox"/> Anlage SV	Anzahl	_____	<input type="checkbox"/> Anlage UF	Anzahl	_____
						<input type="checkbox"/> Anlage BEBE	Anzahl	_____

Ich versichere, dass die Angaben zutreffend sind.

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller	Ort/Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller
-----------	---	-----------	--

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

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller	Ort/Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller
-----------	---	-----------	--

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

Wenn ja, durch _____ AZ _____

Wirkung der Betreuung _____ Bitte Nachweise vorlegen.

_____	_____
Ort/Datum	Unterschrift Betreuerin/Betreuer/Beistand

Kassenvermerke:	
Festgestellt	Angeordnet
(Hz. Datum) _____	(Hz. Datum) _____