

Ausfüllhinweis für den Antrag auf laufende Leistungen nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches Teil II (SGB II)

Sie möchten einen Antrag auf Grundsicherung für Arbeitssuchende nach den Bestimmungen des SGB II - auch bekannt unter „Hartz IV“ - stellen und haben sich dafür entschieden, die dafür notwendigen Unterlagen über die Internetseite des Kommunalen Center für Arbeit auszudrucken.

Um Ihnen das Ausfüllen zu erleichtern, möchten wir Ihnen hierfür einige Tipps geben.

Unsere Antragsunterlagen bestehen aus einem 6seitigen Grundantrag und aus verschiedenen Zusatzblättern, die individuell abgestimmt auf die jeweilige Situation des Antragsstellers und seiner Familie auszufüllen sind.

Wann müssen Sie welche Anlage des Grundantrags ausfüllen?

Zusatzblatt „Antragsbegründung“	Ist immer auszufüllen, einen entsprechenden Hinweis finden Sie auf Seite 6 des Grundantrags
Zusatzblatt „Angaben zu weiteren Personen im Haushalt“	Ist auszufüllen, wenn in Ihrem Haushalt mehr als 2 Personen leben (siehe Seite 1 des Grundantrags)
Zusatzblatt „Angaben über unterhaltspflichtige Personen außerhalb des Haushalts“	Ist auszufüllen, wenn außerhalb Ihres Haushalts unterhaltspflichtige Personen leben (siehe Seite 1 des Grundantrags)
Zusatzblatt „Private Kranken und Pflegeversicherung“	Ist auszufüllen, wenn Sie über eine private Kranken und Pflegeversicherung verfügen (siehe Seite 2 des Grundantrags)
Zusatzblatt „Selbständigkeit“	Ist auszufüllen, wenn Sie einer selbstständigen Tätigkeit nachgehen (siehe Seite 4 des Grundantrags)
Erklärung über bestehende Spar- und Girokonten und Vollmachtsurkunde gem. § 172 BGB (kurz Bankvollmacht)	Ist auszufüllen, wenn Sie über Girokonten, Sparguthaben etc. verfügen und Sie uns keinen lückenlosen Nachweis der erfolgten Bankbewegungen durch Vorlage von Kontoauszügen der letzten 6 Monate vorlegen können (siehe Seite 5 des Grundantrags)
Mietbescheinigung	Ist von Ihrem Vermieter auszufüllen, wenn Sie zur Miete wohnen und keinen anderen aktuellen Nachweis über die von uns benötigten Angaben vorlegen können (siehe Seite 3 des Grundantrags)

Weiterhin finden Sie auf unserer Internetseite Anträge für zusätzliche Leistungen für Bildung und Teilhabe für Kinder und Jugendliche. Im Einzelnen sind dies:

- ein- und mehrtägige Ausflugsfahrten von Schulen und Kindertagesstätten,
- Fahrtkosten für Schüler nach der 10. Klasse *(sofern diese nicht bereits durch das Schulamt übernommen werden)*,
- angemessene Lernförderung *(Nachhilfe, sofern die Erreichung des Klassenziels gefährdet ist)*,
- gemeinschaftlicher Mittagsverpflegung in Schulen und Kindertagesstätten,
- Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben *(z. B. Mitgliedsbeiträge in Sportvereinen)*.

Mit dem „Hinweisblatt zur Gewährung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II“ möchten wir Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Inhalte der Grundsicherung für Arbeitssuchende geben und Sie über Ihre Pflichten und Rechte informieren.

Wir hoffen, dass Ihnen diese Informationen bei dem Ausfüllen des SGB II Antrags helfen. Bei Fragen steht Ihnen das für Sie zuständige Kommunale Center für Arbeit oder Ihre Stadt / Gemeinde zur Verfügung.

**Kommunales Center für Arbeit
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Main-Kinzig-Kreises
Jobcenter**

Antrag eingegangen am (Eingangsstempel)

Antrag registriert (Namenszeichen)

**Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Teil II
- Grundsicherung für Arbeitssuchende -**

Antragsteller/in

Name, Vorname		E-Mail-Adresse	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		Telefon	Handy
Persönliche Verhältnisse	Leistungsberechtigte/r	Ehepartner/in – Lebensgefährte/in	
Name, ggf. Geburtsname			
Vorname/n (Rufname unterstreichen)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	
Geburtsdatum			
Geburtsort / Kreis / Land			
Familienstand	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Lebensgemeinschaft seit: _____	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Lebensgemeinschaft seit: _____	
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Besteht eine Unterhaltsregelung? <small>(nur auszufüllen falls getrennt lebend oder geschieden bzw. bei Kindesunterhalt, Nachweise beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt wurde beauftragt: (mit Anschrift)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt wurde beauftragt: (mit Anschrift)	
Staatsangehörigkeit <small>(bei ausländischen Staatsangehörigen aufenthaltsrechtlichen Status nachweisen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	
Arbeitserlaubnis (Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit			
Bankverbindung (sollten Sie über keine Bankverbindung verfügen, richten Sie bitte ein Konto auf Guthabensbasis ein)	Geldinstitut:	BLZ:	Konto-Nr.:
Schutz vor Kontenpfändung <small>(Pfändungsschutz für die Dauer von 14 Tagen seit Gutschrift der Überweisung)</small>	Zum Schutz vor Kontenpfändung bitte ich darum bei der Überweisung im Verwendungszweck den Vermerk „unpfändbar § 850k (6) ZPO“ anzugeben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Sind Sie erwerbsfähig? <small>(betrifft nur gesundheitliche Einschränkungen - falls eingeschränkt oder nein, Nachweise und Begründung beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)	
Auszubildender - auch Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als	
Höchster allgemeiner Schulabschluss			
Höchster Berufsausbildungsabschluss			
Erwerbsstatus			
Erlerner Beruf			
Sind Sie in einer stationären Einrichtung untergebracht oder ist dies geplant? (Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit/ab: bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit/ab: bis	
Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? <small>(Nachweise beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ist eine Schwerbehinderung festgestellt? (Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad	
Wie viele Personen leben außer Ihnen im Haushalt?	_____ Personen (bei Bedarf Zusatzblatt „Angaben zu weiteren Personen im Haushalt“ verwenden)		
Gibt es unterhaltspflichtige Personen außerhalb des Haushalts? <small>(Eltern, Kinder, getrennt lebende/r oder geschiedene/r Ehegatte bzw. Lebenspartner)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Zusatzblatt „Angaben über unterhaltspflichtige Personen außerhalb des Haushalts“ ausfüllen)		

Angaben zur Sozialversicherungspflicht

Name, Vorname:	Leistungsberechtigte/r	Ehepartner/in - Lebensgefährte/in
----------------	------------------------	-----------------------------------

Krankenversicherung:

Sind Sie krankenversichert?	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert (bitte Zusatzblatt „Private Kranken-, Pflege- u. Rentenversicherung“ ausfüllen) bei (Name/Adresse der Krankenkasse)	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert (bitte Zusatzblatt „Private Kranken-, Pflege- u. Rentenversicherung“ ausfüllen) bei (Name/Adresse der Krankenkasse)
	<input type="checkbox"/> nein (bitte prüfen, ob eine Familienversicherung möglich ist – s. weitere Felder)	<input type="checkbox"/> nein (bitte prüfen, ob eine Familienversicherung möglich ist – s. weitere Felder)
Mitgliedsnummer		
Wenn Sie von Ihrem Ehegatten/Lebenspartner getrennt leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen beitragsfrei familienversichert werden können.		
getrennt lebend von	Name, Vorname des Partners	Name, Vorname des Partners
Name und Adresse der Krankenkasse		
Mitgliedsnummer		
Wenn Sie das 23. Lj. noch nicht vollendet haben und nicht erwerbstätig sind bzw. das 25. Lj. noch nicht vollendet haben und sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können Sie oder Ihr Lebenspartner bei einem Elternteil familienversichert werden.		
Mutter	Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum		
Name und Adresse der Krankenkasse		
Mitgliedsnummer		
Vater	Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum		
Name und Adresse der Krankenkasse		
Mitgliedsnummer		

Sollte nach obigen Kriterien ein Krankenversicherungsverhältnis nicht bestehen, so legen Sie bitte eine vorläufige Mitgliedsbescheinigung einer Krankenkasse Ihrer Wahl vor!

Rentenversicherung:

Versicherungszweig	<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> knappschaftliche Rentenvers. als <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> knappschaftliche Rentenvers. als <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellter
Rentenversicherungsnummer		
Sofern Sie keine Rentenversicherungsnummer (RV-Nummer) haben bitte folgendes angeben (nicht ausfüllen wenn Sie sich noch in Schulausbildung befinden)	<input type="checkbox"/> Es wurde eine RV-Nummer beantragt <input type="checkbox"/> Es soll eine RV-Nummer beantragt werden. Geburtsland: _____ <input type="checkbox"/> Es besteht eine private Rentenversicherung (bitte Zusatzblatt „Private Kranken-, Pflege- u. Rentenversicherung“ ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Es wurde eine RV-Nummer beantragt <input type="checkbox"/> Es soll eine RV-Nummer beantragt werden. Geburtsland: _____ <input type="checkbox"/> Es besteht eine private Rentenversicherung (bitte Zusatzblatt „Private Kranken-, Pflege- u. Rentenversicherung“ ausfüllen)

Wohn- und Aufenthaltsverhältnisse des / der Leistungsberechtigten

Zugezogen von / am Seit wann ortsanwesend (Datum)?	
Grund des Zuzuges	
Beabsichtigte Aufenthaltsdauer	<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> bis _____ <input type="checkbox"/> vorübergehend
Wurden in den vergangenen 6 Monaten bereits Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Leistungsart: _____ (Einstellungsbescheid beifügen) VON (zust. Behörde) _____
Angaben bei Mietverhältnissen	
Art des Mietverhältnisses (bei Untervermietung Nachweis über das Einverständnis des Hauseigentümers beifügen)	<input type="checkbox"/> Hauptmieter <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> Mitbewohner
Vermieter (Name, Straße, Haus-Nr, PLZ, Ort, Bankverbindung)	
Ist der Vermieter Angehöriger oder Verwandter? (ggf. Angabe des Verwandtschaftsverhältnisses)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Wohnung (Mietvertrag beifügen)	_____ Zimmer _____ Küche _____ Bad gesamt _____ qm Baujahr: _____
Höhe der Miete (Mietbescheinigung beifügen)	Grundmiete: _____ € Umlagen: _____ € Heizung: _____ €
Ist ein Teil der Wohnung an Dritte untervermietet? (Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl der Zimmer: _____ qm: _____ Mietpreis: _____ €

Wohneigentum <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weitere Angaben	
Größe des Eigenheimes (Grundbuchauszug beifügen)	Grundstücksfläche _____ qm Wohnfläche _____ qm Anzahl der Räume: _____
Art des Eigenheimes	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus mit Einliegerwohnung <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> _____
Monatliche Belastungen (Nachweise beifügen, wie z. B. Kauf- oder Übergabevertrag, Jahreskontoauszüge bestehender Darlehen, Unterlagen über sämtliche Hauslasten)	Schuldzinsen: _____ € Tilgung: _____ € sonstige Hauslasten: _____ € Höhe der derzeitigen Restschuld: _____ € Verkehrswert des Grundvermögens: _____ €
Mieteinnahmen (Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____ € (Grundmiete ohne Betriebskosten)

Ansprüche gegen Dritte <small>(z. B. Schadensersatzansprüche gegen einen Dritten, ein Versicherungsunternehmen oder eine Berufsgenossenschaft, Beihilfeansprüche nach den Beihilfevorschriften für Beamte, sonstige Ansprüche gegen eine private Unfallversicherung, Sterbegeldversicherung, Altenteilsrecht)</small>	
Bestehen Ansprüche gegenüber Dritten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____

Rechte aus Verträgen / Schenkungen	
Übergabevertrag / sonstige Verträge (Vertrag beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Einsitzrecht <input type="checkbox"/> Recht auf Wartung und Pflege <input type="checkbox"/> Verpflegungsrechte <input type="checkbox"/> Niebrauchrecht <input type="checkbox"/> Barleistung

Einkommensverhältnisse der Bedarfsgemeinschaft

(hierzu zählen sämtliche Einkünfte in Geld oder Geldeswert, z. B. Arbeitseinkünfte, Leistungen der Agentur für Arbeit, Rente, Unterhalt, Unterhaltsvorschussleistungen, Kindergeld, Kinderzuschlag)

Einkunftsart	Leistungsberechtigte/r	Ehepartner/in - Lebensgefährte/in
Erwerbseinkünfte Arbeitseinkommen (netto)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte einfache Entfernung bei Nutzung KFZ Preis Monatsfahrkarte ÖPNV	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Beitrag zu Berufsverbänden	_____	_____
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Anlageblatt „Selbständigkeit“ ausfüllen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Anlageblatt „Selbständigkeit“ ausfüllen)
Arbeitslosengeld I Betrag (täglich) Kunden-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Kindergeld / Kinderzuschlag Betrag Kindergeldnummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Leistungen der Rententräger Leistungsart Betrag Versichertennummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____
Unterhalt Betrag Unterhaltspflichtige/r	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Unterhaltsvorschuss Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Leistungen der Krankenkasse Leistungsart Betrag (werk-/ kalendertäglich) Versichertennummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____
Elterngeld Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Sonstige Einkünfte (z. B. Wohngeld) Einkunftsart Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Sonstige vom Einkommen absetzbare Beträge (werden nur anerkannt, wenn sie nach Grund und Höhe angemessen sind)	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Ich / Wir habe/n keine folgende Einkünfte beantragt:

Beantragte Leistung (Rente, Arbeitslosengeld I, Krankengeld, etc.)		
Antrag gestellt am		
Zahlungspflichtiger (Rententräger, Agentur für Arbeit etc.)		

Zu allen Angaben auf dieser Seite sind unbedingt Nachweise beizufügen

Vermögensverhältnisse der Bedarfsgemeinschaft

Person:	Leistungsberechtigte/r	Ehepartner/in - Lebensgefährte/in
Girokonto (Auskunftsvollmacht beifügen)**	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bank (Bezeichnung)	_____	_____
Bankleitzahl	_____	_____
Kontonummer	_____	_____
derzeitiger Kontostand	_____ €	_____ €
Bargeld (auch Kleinbeträge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €
Sparguthaben (Auskunftsvollmacht beifügen)**	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bank (Bezeichnung)	_____	_____
Bankleitzahl	_____	_____
Kontonummer	_____	_____
derzeitiger Kontostand	_____ €	_____ €
Sonstiges Barvermögen (z. B. Wertpapiere, Aktien, Schatzbriefe, Hypothekenbriefe, Sparverträge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ _____ €
Lebensversicherung/en /Rentenversicherung/en (Vertrag/Police beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Versicherungsunternehmen	_____	_____
Vertragsnummer	_____	_____
derzeitiges Guthaben (aktuelle Rückkaufwertbescheinigung inkl. Überschussbeteiligung beifügen)	_____ €	_____ €
Bausparvertrag (letzten Jahreskontoauszug beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bausparkasse	_____	_____
Vertragsnummer	_____	_____
derzeitiges Guthaben	_____ €	_____ €
Grundeigentum (soweit nicht selbst bewohnt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Art	_____	_____
Größe (Wohn- und Grundfläche)	_____	_____
Lage (Ort/Flur/Flurstück)	_____	_____
Verkehrswert	_____	_____
Sonstiges Vermögen Angabe der Art und des Wertes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €
Kraftfahrzeug/e (Kfz-Schein beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hersteller	_____	_____
Typ	_____	_____
Erstzulassung	_____	_____
Amtl. Kennzeichen	_____	_____
Fällige Erbschafts- ansprüche (Art und Wert des Nachlasses)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €
Haben Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Schenkungen / Verkäufe an Dritte vorgenommen? (Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____

Zu allen Angaben auf dieser Seite sind unbedingt Nachweise beizufügen

**Sofern über die Guthabenstände innerhalb der letzten 3 Monate kein Nachweis geführt werden kann, sind die Bankvollmachten vorzulegen.

Hinweise zur Antragsbearbeitung und Erklärungen des / der Leistungsberechtigten und/oder des / der gesetzlichen Vertreter/s/in des / der Leistungsberechtigten

Ich / Wir versichere/n, dass die umseitigen Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel – unverzüglich und unaufgefordert dem Kommunalen Center für Arbeit - Jobcenter - mitzuteilen.

Mir/Uns ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges erfolgt. Auch der Versuch ist strafbar und wird verfolgt.

Sofern die Gewährung der beantragten Leistungen von dem Vorliegen gesundheitlicher Einschränkungen abhängt bzw. gesundheitliche Einschränkungen geltend gemacht werden, ist ggf. eine Vorstellung zu einer ärztlichen oder psychologischen Untersuchung erforderlich. Ich/wir nehme/n zur Kenntnis, dass ich/wir im Rahmen meiner/unserer Mitwirkungs- bzw. Meldepflichten verpflichtet bin/sind, Einladungen zu Untersuchungsterminen Folge zu leisten und der Einholung von Auskünften von den Ärzten, die mich/uns behandelt haben, zuzustimmen (*Hinweis: Wenn dies erforderlich sein sollte, wird Ihnen eine entsprechende Einverständniserklärung zur Unterschrift vorgelegt*).

Komme/n ich/wir den meiner/unserer vorgenannten Mitwirkungspflicht nicht nach und wird hierdurch die Sachverhaltsaufklärung erschwert, kann dies zur Versagung oder Entziehung der Leistungen führen (§ 66 SGB I).

Das Hinweisblatt zur Gewährung von Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB II habe/n ich/wir erhalten.

Ich/Wir nehme/n zur Kenntnis, dass meine/unsere personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer automatisierten Datenverarbeitung gespeichert und die Angaben zur Kfz-Haltereigenschaft überprüft werden. Ich/Wir bin/sind mit der Weitergabe persönlicher Daten für die Vermittlung in Arbeit, Ausbildung und Qualifizierung einverstanden. Ich/Wir bin/sind mit der Weitergabe persönlicher Daten zur Prüfung eines ggf. alternativ bestehenden Wohngeldanspruchs an die Wohngeldstelle bzw. Kinderzuschlages an die Familienkasse der Agentur für Arbeit einverstanden.

Der/die Antragsteller/in wird bis auf Widerruf für alle Personen der Bedarfsgemeinschaft als Zustellungsbevollmächtigte(r) für sämtliche anlässlich der Leistungsgewährung anfallenden Bescheide benannt (*dies umfasst neben der Bewilligung auch ggf. erforderliche Aufhebungs- und Rückforderungsbescheide*) und ist darüber hinaus berechtigt die Sozialleistungen für alle Personen der Bedarfsgemeinschaft entgegenzunehmen (*sofern die Vollmacht nicht erteilt wird, ist ein gesonderter Antrag zu stellen*).

Folgende Zusatzblätter habe ich dem Antrag beigelegt:

(Die tabellarischen Lebensläufe und das Zusatzblatt „Antragsbegründung“ sind jedem Antrag beizufügen)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tabellarischer Lebenslauf für jede Person die das 15. Lebensjahr vollendet hat
(Muster für einen Lebenslauf befindet sich auf dem Hinweisblatt zur Gewährung von Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB II) | <input type="checkbox"/> Zusatzblatt „Angaben über unterhaltspflichtige Personen außerhalb des Haushalts“ |
| <input type="checkbox"/> Zusatzblatt „Angabe zu weiteren Personen im Haushalt“ | <input type="checkbox"/> Zusatzblatt „Private Kranken-, Pflege- u. Rentenversicherung“ |
| <input type="checkbox"/> Zusatzblatt „Selbständigkeit“ | <input type="checkbox"/> Antrag/Anträge auf Bildungs- und Teilhabeleistungen
(für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene) |
| <input type="checkbox"/> Zusatzblatt „Antragsbegründung“ | |

Unterschrift/en:

_____ (Ort, Datum) _____ (Unterschrift Antragsteller/in)	_____ (Ort, Datum) _____ (Unterschrift/en volljähriger Angehöriger der Bedarfsgemeinschaft)
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ergänzende Angaben der antragsentgegennehmenden Stelle:

Der/Die Antragstellerin sind polizeilich, wie im Antrag angegeben, gemeldet:	<input type="checkbox"/> ja, mit Erstwohnsitz <input type="checkbox"/> ja, mit Zweitwohnsitz, Erstwohnsitz ist <input type="checkbox"/> Nein	Weitere Informationen:
Ort/Datum	Unterschrift	

Zusatzblatt Angaben zu weiteren Personen im Haushalt

Antragsteller/in

Name, Vorname	Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
---------------	------------------------------------------

Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller		
Name, ggf. Geburtsname		
Vorname/n (Rufname unterstreichen)		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Geburtsdatum		
Geburtsort / Kreis / Land		
Familienstand	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Lebensgemeinschaft seit: _____	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Lebensgemeinschaft seit: _____
Besteht eine Unterhaltsregelung? <small>(nur auszufüllen falls getrennt lebend oder geschieden bzw. bei Kindesunterhalt, Nachweise beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt (mit Anschrift) wurde beauftragt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt (mit Anschrift) wurde beauftragt:
Staatsangehörigkeit <small>(bei ausländischen Staatsangehörigen aufenthaltsrechtlichen Status nachweisen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
Arbeitserlaubnis (Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit		
Sind Sie erwerbsfähig? <small>(betrifft nur gesundheitliche Einschränkungen - falls nein, Nachweise und Begründung beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)
Auszubildender - auch Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als
Höchster allgemeiner Schulabschluss		
Höchster Berufsausbildungsabschluss		
Erwerbsstatus		
Erlerner Beruf		
Sind Sie in einer stationären Einrichtung untergebracht oder ist dies geplant? <small>(Nachweise beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit/ab: bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit/ab: bis
Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? <small>(Nachweise beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist eine Schwerbehinderung festgestellt? <small>(Nachweis beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad

Angaben zur Sozialversicherungspflicht

Name, Vorname:		
----------------	--	--

Krankenversicherung:

Sind Sie krankenversichert?	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert (bitte Zusatzblatt „Private Kranken-, Pflege- u. Rentenversicherung“ ausfüllen) bei (Name/Adresse der Krankenkasse)	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert (bitte Zusatzblatt „Private Kranken-, Pflege- u. Rentenversicherung“ ausfüllen) bei (Name/Adresse der Krankenkasse)
	<input type="checkbox"/> nein (bitte prüfen, ob eine Familienversicherung möglich ist – s. weitere Felder)	<input type="checkbox"/> nein (bitte prüfen, ob eine Familienversicherung möglich ist – s. weitere Felder)
Mitgliedsnummer:		

Wenn Sie von Ihrem Ehegatten/Lebenspartner getrennt leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen beitragsfrei familienversichert werden können.

getrennt lebend von:	Name, Vorname des Partners	Name, Vorname des Partners
Name und Adresse der Krankenkasse:		
Mitgliedsnummer:		

Wenn Sie das 23. Lj. noch nicht vollendet haben und nicht erwerbstätig sind bzw. das 25. Lj. noch nicht vollendet haben und sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können Sie oder Ihr Lebenspartner bei einem Elternteil familienversichert werden.

Mutter:	Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum:		
Name und Adresse der Krankenkasse:		
Mitgliedsnummer:		
Vater:	Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum:		
Name und Adresse der Krankenkasse:		
Mitgliedsnummer:		

Sollte nach obigen Kriterien ein Krankenversicherungsverhältnis nicht bestehen, so legen Sie bitte eine vorläufige Mitgliedsbescheinigung einer Krankenkasse Ihrer Wahl vor !

Rentenversicherung:

Versicherungszweig:	<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> knappschaftliche Rentenvers. als <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> knappschaftliche Rentenvers. als <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellter
Rentenversicherungsnummer:		
Sofern Sie keine Rentenversicherungsnummer (RV-Nummer) haben bitte folgendes angeben: <small>(nicht ausfüllen wenn Sie sich noch in Schulausbildung befinden)</small>	<input type="checkbox"/> Es wurde eine RV-Nummer beantragt <input type="checkbox"/> Es soll eine RV-Nummer beantragt werden. Geburtsland: _____ <input type="checkbox"/> Es besteht eine private Rentenversicherung (bitte Zusatzblatt "Private Kranken-, Pflege- u. Rentenversicherung" ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Es wurde eine RV-Nummer beantragt <input type="checkbox"/> Es soll eine RV-Nummer beantragt werden. Geburtsland: _____ <input type="checkbox"/> Es besteht eine private Rentenversicherung (bitte Zusatzblatt „Private Kranken-, Pflege- u. Rentenversicherung“ ausfüllen)

Einkommensverhältnisse der Bedarfsgemeinschaft

(hierzu zählen sämtliche Einkünfte in Geld oder Geldeswert, z. B. Arbeitseinkünfte, Leistungen der Agentur für Arbeit, Rente, Unterhalt, Unterhaltsvorschussleistungen, Kindergeld, Kinderzuschlag)

Einkunftsart		
Erwerbseinkünfte Arbeitseinkommen (netto) Fahrtkosten zur Arbeitsstätte einfache Entfernung bei Nutzung KFZ Preis Monatsfahrkarte ÖPNV Beitrag zu Berufsverbänden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Anlageblatt „Selbständigkeit“ ausfüllen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Anlageblatt „Selbständigkeit“ ausfüllen)
Arbeitslosengeld I Betrag (täglich) Kunden-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Kindergeld / Kinderzuschlag Betrag Kindergeldnummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Leistungen der Rententräger Leistungsart Betrag Versichertennummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____
Unterhalt Betrag Unterhaltspflichtige/r	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Unterhaltsvorschuss Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Leistungen der Krankenkasse Leistungsart Betrag (werk-/ kalendertäglich) Versichertennummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____
Elterngeld Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Sonstige Einkünfte (z. B. Wohngeld) Einkunftsart Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____
Sonstige vom Einkommen absetzbare Beträge (werden nur anerkannt, wenn sie nach Grund und Höhe angemessen sind)	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Ich / Wir habe/n keine folgende Einkünfte beantragt:

Beantragte Leistung (Rente, Arbeitslosengeld I, Krankengeld, etc.)		
Antrag gestellt am:		
Zahlungspflichtiger (Rententräger, Agentur für Arbeit etc.)		

Zu allen Angaben auf dieser Seite sind unbedingt Nachweise beizufügen

Vermögensverhältnisse der Bedarfsgemeinschaft

Person:		
Girokonto (Auskunftsvollmacht beifügen)**	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bank (Bezeichnung)	_____	_____
Bankleitzahl	_____	_____
Kontonummer	_____	_____
derzeitiger Kontostand	_____ €	_____ €
Bargeld (auch Kleinbeträge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €
Sparguthaben (Auskunftsvollmacht beifügen)**	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bank (Bezeichnung)	_____	_____
Bankleitzahl	_____	_____
Kontonummer	_____	_____
derzeitiger Kontostand	_____ €	_____ €
Sonstiges Barvermögen (z. B. Wertpapiere, Aktien, Schatzbriefe, Hypothekenbriefe, Sparverträge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ _____ €
Lebensversicherung/en /Rentenversicherung/en (bitte Vertrag/Police beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Versicherungsunternehmen Vertragsnummer	_____ _____	_____ _____
derzeitiges Guthaben (aktuelle Rückkaufwertbescheinigung inkl. Überschussbeteiligung beifügen)	_____ €	_____ €
Bausparvertrag (letzten Jahreskontoauszug beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bausparkasse Vertragsnummer	_____ _____	_____ _____
derzeitiges Guthaben	_____ €	_____ €
Grundeigentum (soweit nicht selbst bewohnt) Art Größe (Wohn- und Grundfläche) Lage (Ort/Flur/Flurstück) Verkehrswert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____
Sonstiges Vermögen Angabe der Art und des Wertes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ €
Kraftfahrzeug/e (Kfz-Schein beifügen) Hersteller Typ Erstzulassung Amtl. Kennzeichen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____ _____
Fällige Erbschafts- ansprüche (Art und Wert des Nachlasses)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €
Haben Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Schenkungen / Verkäufe an Dritte vorgenommen? (Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____

Zu allen Angaben auf dieser Seite sind unbedingt Nachweise beizufügen

**Sofern über die Guthabenstände innerhalb der letzten 3 Monate kein Nachweis geführt werden kann, sind die Bankvollmachten vorzulegen.

Angaben über unterhaltspflichtige Personen – auch wenn verstorben –
(z.B. Eltern, Kinder, getrennt lebende/r und geschiedene/r Ehegatte/in außerhalb der Haushaltsgemeinschaft)

Unterhaltsberechtigte/r (Angabe des Namens)		
Unterhaltspflichtige/r (Name, Vorname)		
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Unterhaltsberechtigten		
Geburtsdatum/ggf. Geburtsname		
Aktuelle Anschrift bzw. Sterbedatum		
Letzte bekannte Anschrift		
Ausgeübter Beruf		
Arbeitgeber		
Liegt bereits ein Unterhaltstitel vor ? (Nachweise beifügen: Urteil, Vergleich, Urkunde)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Unterhaltsberechtigte/r (Angabe des Namens)		
Unterhaltspflichtige/r (Name, Vorname)		
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Unterhaltsberechtigten		
Geburtsdatum/ggf. Geburtsname		
Aktuelle Anschrift bzw. Sterbedatum		
Letzte bekannte Anschrift		
Ausgeübter Beruf		
Arbeitgeber		
Liegt bereits ein Unterhaltstitel vor ? (Nachweise beifügen: Urteil, Vergleich, Urkunde)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Unterhaltsberechtigte/r (Angabe des Namens)		
Unterhaltspflichtige/r (Name, Vorname)		
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Unterhaltsberechtigten		
Geburtsdatum/ggf. Geburtsname		
Aktuelle Anschrift bzw. Sterbedatum		
Letzte bekannte Anschrift		
Ausgeübter Beruf		
Arbeitgeber		
Liegt bereits ein Unterhaltstitel vor ? (Nachweise beifügen: Urteil, Vergleich, Urkunde)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Unterhaltsberechtigte/r (Angabe des Namens)		
Unterhaltspflichtige/r (Name, Vorname)		
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Unterhaltsberechtigten		
Geburtsdatum/ggf. Geburtsname		
Aktuelle Anschrift bzw. Sterbedatum		
Letzte bekannte Anschrift		
Ausgeübter Beruf		
Arbeitgeber		
Liegt bereits ein Unterhaltstitel vor ? (Nachweise beifügen: Urteil, Vergleich, Urkunde)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Private Kranken- und Pflegeversicherung

Antragsteller/in	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):	

Wegen Befreiung von der Versicherungspflicht beantrage ich einen Zuschuss zu den Beiträgen zur

Krankenversicherung

Pflegeversicherung

Die Bescheide über die Befreiung von der Versicherungspflicht und den aktuellen Bescheid über die Höhe des monatlichen Beitrages zur

Krankenversicherung

Pflegeversicherung

füge ich diesem Zusatzblatt bei.

Mir ist bekannt, dass ein Zuschuss nur bis zur Höhe des Beitrages geleistet werden kann, der bei einer gesetzlichen Versicherung anfallen würde.

Außerdem ist mir bekannt, dass die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nicht widerrufen werden kann. Eine Rückkehr in die gesetzliche Kranken-/Pflegeversicherung während des Bezugs von Arbeitslosengeld II ist damit nicht mehr möglich.

Selbsteinschätzung bei Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit

Name, Vorname:			
Betriebseinnahmen			
Art der Selbständigkeit			
Voraussichtliche Betriebseinnahmen	Vom	bis	€
	Monatlich brutto		
Betriebsausgaben			
Voraussichtliche Betriebsausgaben	Art:	monatlich	€
	Sonstige Ausgaben (bitte erläutern)		
	Art:	monatlich	€
	Art:	monatlich	€
	Art:	monatlich	€
	Art:	monatlich	€
Gewinn / Verlust zum Vorjahr	Gewinn / Verlust		€
	Grund:		

Zu allen Angaben auf dieser Seite sind aussagekräftige Nachweise beizufügen.

Erklärung über bestehende Spar- und Girokonten und Vollmachtsurkunde gem. § 172 BGB

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift (Straße, Wohnort):	Aktenzeichen:

Ich habe Leistungen nach dem

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sozialgesetzbuch II. Teil (<i>SGB II</i>) | <input type="checkbox"/> Sozialgesetzbuch XII. Teil (<i>SGB XII</i>) |
| <input type="checkbox"/> Asylbewerberleistungsgesetz (<i>AsylbLG</i>) | <input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (<i>BVG</i>) |

beantragt und bin gemäß § 60 Sozialgesetzbuch -Allgemeiner Teil- (*SGB I*) verpflichtet, meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse darzulegen. Hierunter fällt auch die Auskunft über vorhandene Bankguthaben.

Ich wurde darüber belehrt, dass mir bei unrichtigen und unvollständigen Angaben gem. § 66 SGB I die Leistungsgewährung versagt werden kann und ich des Weiteren mit strafrechtlichen Konsequenzen - § 263 Strafgesetzbuch – rechnen muss.

Gegenwärtig unterhalte ich bei dem nachstehend genannten Kreditinstitut folgende Konten:

Bezeichnung des Kreditinstitutes und Ort der Niederlassung:	Kontenart:	Kontonummer:
	Girokonto	
	Sparkonto	
	Depotkonto	

Hiermit beauftrage und bevollmächtige ich das vorstehend aufgeführte Kreditinstitut unter Verwendung des umseitigen Vordruckes dem Kreisausschuss des Main-Kinzig-Kreises – Kreissozialamt / dem Kommunalen Center für Arbeit - Jobcenter - Anstalt des öffentlichen Rechts des Main-Kinzig-Kreises - Auskunft über den derzeitigen Stand **sämtlicher** von mir unterhaltenen Konten zu erteilen.

Sofern ich dem Kreditinstitut bereits gemäß den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) Auftrag gegeben habe, Auskünfte zu verweigern, erteile ich hiermit die Freistellung für diese Anfrage.

Ferner erteile ich die Ermächtigung, auch Auskunft über den Umfang der Kontenbewegungen innerhalb der letzten 6 Monate zu erteilen.

Ort, Datum:	Unterschrift mit Vor- und Zunamen, sowie ggfls. Ehegatten:
-------------	------------------------------------------------------------

(Name des Kreditinstituts)

(Ort, Datum)

Der Kreisausschuss des Main-Kinzig-Kreises
Kreissozialamt
oder
Kommunales Center für Arbeit
Jobcenter
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Main-Kinzig-Kreises

Kontoinhaber (Name, Vorname)	Anschrift
------------------------------	-----------

Folgende Guthaben wurden festgestellt:

Giro-Konto. Nr.:	Guthaben	€
Giro-Konto Nr.:	Guthaben	€
Sparkonto-Nr.:	Guthaben	€
Sparkonto-Nr.:	Guthaben	€
Bausparvertrag	Guthaben	€
Lebensversicherung	Guthaben	€
Sonstiges	Guthaben	€

Depot	Wert:	€
Wertpapiere	Kurswert:	€
Aktien	Kurswert:	€

Folgende größere Kontoverfügungen (*Abhebungen, Überweisungen, Umbuchungen, Einziehungen etc.*) über 500 € sind innerhalb der letzten 6 Monate getätigt worden:

Tag (Datum)	Betrag (€)

Unterschrift

Mietbescheinigung oder

Mietangebot (incl. Kopie vom Energieausweis von Wohngebäuden, die bis Ende 1965 erbaut wurden; ab 01.01.2009 gilt diese Pflicht für alle Wohngebäude)

Mieter/Mietinteressent

Name, Vorname des Mieters

Derzeitige Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefonnummer)

Vermieter

Name, Vorname des Vermieters

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefon-Nr., Telefax-Nr.)

Lage der Wohnung

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Etage, Wohnungs-Nr.

Die Wohnung besteht aus

Anzahl	Bezeichnung der Zimmer	Größe in m ²
	Küche	
	Wohnzimmer	
	Schlafzimmer	
	Sonstige Wohnräume	
	Nebenräume	
	Gesamtwohnfläche	

Art des Mietverhältnisses

Beginn des Mietverhältnisses: _____

Zahl der Personen, welche die Wohnung ständig nutzen: _____ Person/en

Hauptmietverhältnis

Untermietverhältnis

unbefristete Mietdauer

Zeitmietvertrag, befristet bis: _____

Staffelmietvereinbarung: Ja Nein

Ausstattung der Wohnung (Hinweis: Um Rückfragen zu vermeiden, bitte vollständig ausfüllen!)

unmöbliert

teilmöbliert

vollmöbliert

Einbauküche

ohne Zentralheizung

mit Zentralheizung

behindertengerecht

Energieart: Öl

Strom

Gas

Kohle

Existiert in dem Mietobjekt eine Vorrichtung zum Ablesen der Verbrauchswerte für die Warmwasseraufbereitung? Ja Nein

Womit wird das Warmwasser aufbereitet? Strom Gas Sonstiges _____

Fußbodenbelag vorhanden? Ja Nein

Besonderheiten: _____

Baujahr des Hauses: _____ **Die Wohnung wurde am** _____ **erstmalig bezugsfertig.**

Die Wohnung wurde am _____ **vollständig saniert/modernisiert/ durch An- oder Umbau neu geschaffen.**

(Eine Modernisierung ist dann gegeben, wenn die Wohnung mit wesentlichen Aufwendungen auf einen neuzeitlichen Stand gebracht wurde, insbesondere hinsichtlich der Ausstattung, der Installationen, und weiterer Wertverbesserungen und der Gesamteindruck des Hauses einem vergleichbaren Neubau entspricht.)

Angaben zur Miete

Die monatliche Nettomiete beträgt ab/seit: _____	€
Hinzu kommen monatlich weitere Umlagen (<i>bitte auflisten</i>) <input type="checkbox"/> als Pauschale <input type="checkbox"/> als Vorauszahlung	
Wassergeld	€
Müllabfuhrgebühren	€
Kaminkehrer	€
Kanalgebühren	€
Reinigungsgebühren lt. Hausordnung	€
Antennengebühr/Kabel	€
Heizungspauschale mit Warmwasser	€
Heizungspauschale ohne Warmwasser - Warmwasserbereitung erfolgt mittels: <input type="checkbox"/> Elektroboiler/Durchlauferhitzer <input type="checkbox"/> separate Gastherme <input type="checkbox"/> anders: _____	€
<input type="checkbox"/> Garage <input type="checkbox"/> Stellplatz	€
Kosten der Möblierung	€
Gemeinschaftsstrom	€
Verbrauchsstrom für Geräte und Beleuchtung des Mieters	€
Sonstiges:	€
Insgesamt:	€

Kaution/Bürgschaftserklärung/Genossenschaftsanteile bei Neuanmietung

<input type="checkbox"/> Bei Anmietung wird <u>keine</u> Kaution/Kautionsbürgschaftserklärung fällig. <input type="checkbox"/> Bei Anmietung wird eine Kaution in Höhe von _____ € fällig. <input type="checkbox"/> Mit einer Kautionsbürgschaftserklärung über _____ € anstelle der Kaution bin ich einverstanden. <input type="checkbox"/> Bei Anmietung werden Genossenschaftsanteile in Höhe von _____ € fällig.

Verwandtschaftsverhältnis (*Nur ausfüllen bei Verwandtschaftsverhältnis zw. Mieter u. Vermieter*)

Art des Verwandtschaftsverhältnisses? _____ Unter welcher Steuer-Nr./bei welchem Finanzamt werden die Mieteinnahmen vom Vermieter (<i>soweit Verwandter oder Angehöriger</i>) versteuert? Steuer Nr.: _____ Finanzamt: _____ Es ist mir bekannt, dass wissentlich falsche Angaben eine Strafverfolgung gem. § 263 des Strafgesetzbuches nach sich ziehen können.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift d. Vermieters

Hinweise zur Gewährung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II

I. Allgemeine Hinweise:

Sie haben heute einen Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes gestellt. Bei positiver Entscheidung über diesen Antrag müssen Sie folgende Grundsätze beachten:

Ziel der Grundsicherung für Arbeitssuchende ist es, die Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und Personen, die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft leben, zu stärken und dazu beizutragen, dass sie ihren Lebensunterhalt unabhängig von der Grundsicherung aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten können. Sie soll erwerbsfähigen Leistungsberechtigten bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit unterstützen und den Lebensunterhalt sichern, soweit sie ihn nicht auf andere Weise bestreiten können.

Mitwirkungspflichten:

Dies geht jedoch nur mit Ihrer Mithilfe. Daher müssen erwerbsfähige Leistungsberechtigte, zu denen Sie gehören, und die mit Ihnen in Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen, alle Möglichkeiten zur Beendigung oder Verringerung der Hilfebedürftigkeit ausschöpfen. Die erwerbsfähigen Leistungsberechtigten müssen aktiv an allen Maßnahmen zur Eingliederung in Arbeit mitwirken.

Erreichbarkeit:

Dies ist jedoch nur möglich, wenn wir Sie persönlich an jedem Werktag erreichen können. Sollten Sie sich vorübergehend nicht an Ihrem Wohnsitz aufhalten, haben Sie uns dies im Voraus mitzuteilen. Über die Genehmigung einer Ortsabwesenheit entscheidet Ihr persönlicher Ansprechpartner. Für nähere Erläuterungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. In diesem Zusammenhang möchten wir Sie darüber informieren, dass, sollten Sie sich ohne unsere Zustimmung außerhalb des in der Erreichbarkeits-Anordnung definierten zeit- und ortsnahen Bereiches aufhalten, wir Ihre Leistungen einstellen müssen.

Änderungen:

Hierzu zählt auch, dass Sie uns sofort und unaufgefordert benachrichtigen, wenn sich während des Bewilligungszeitraumes Änderungen in Ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen ergeben. Dies ist besonders wichtig, da Ihre Hilfe auf Grund Ihrer Angaben berechnet und monatlich im Voraus an Sie ausgezahlt wird.

Mögliche Änderungen können sein:

- Aufnahme einer Arbeit oder Wechsel der Arbeitsstelle
- Änderung des Einkommens
- Änderung der Miethöhe
- Umzug
- Zuzug oder Wegzug eines Haushaltsangehörigen (z. B. *Kinder oder Lebensgefährten*)
- Abwesenheit (*Kur-, Krankenhausaufenthalt, allgemeine Ortsabwesenheit o. ä.*)
- Änderung des Familienstandes (*Heirat, Scheidung o. ä.*)
- Schwangerschaft

Sollten Sie arbeitsunfähig erkranken, haben Sie uns hierüber bereits ab dem 1. Krankheitstag zu informieren und ab dem 3. Krankheitstag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorzulegen.

Diese Mitteilungspflichten beziehen sich auch auf alle Personen, die sich in Ihrem Haushalt befinden.

Konsequenzen:

Sollten Sie Ihre Mitwirkungspflicht nicht im ausreichenden Maße nachkommen, und uns Tatsachen, die für die Leistungserbringung erheblich sind, nicht angeben, können wir Ihre Leistungen ganz oder teilweise versagen.

Wir weisen Sie in diesem Zusammenhang auch daraufhin, dass, wenn Sie Änderungen nicht mitteilen, wir die zu Unrecht gewährten Leistungen zurückfordern müssen.

Auch werden wir Personen, die vorhandenes Einkommen oder Vermögen verschweigen und hierdurch Sozialleistungen in unberechtigter Höhe erhalten, wegen des Verdachts auf Unterstützungsbetrug bei der Staatsanwaltschaft anzeigen.

Zu beachten:

Bitte beachten Sie, dass die Leistungen nur befristet bewilligt werden. Den Bewilligungszeitraum können Sie Ihrem Bewilligungsbescheid entnehmen.

Sollten Sie danach noch hilfebedürftig sein, wenden Sie sich bitte rechtzeitig (ca. 4 Wochen) vor dem Bewilligungsende an Ihr Kommunales Center für Arbeit - Jobcenter - oder Ihre Stadt- bzw. Gemeindeverwaltung.

Stellen Sie Ihre Anträge immer rechtzeitig bevor Sie eine Zahlungsverpflichtung eingehen. Diese Regelung gilt für alle Leistungen nach dem SGB II (so z. B. auch für notwendige Fahrtkosten zur Teilnahme an einer Qualifizierungsmaßnahme). Eine nachträgliche Bewilligung ist nicht mehr möglich.

II. Hinweise zum Leistungsumfang:

Die Leistungen zum Lebensunterhalt richten sich nach gesetzlichen Bedarfssätzen. Vorhandenes Einkommen und Vermögen wird hierauf angerechnet. Schulden können nicht berücksichtigt werden.

Die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende sind unterteilt in Arbeitslosengeld II für erwerbsfähige Leistungsberechtigte und Sozialgeld für nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte. Erwerbsfähig sind Personen zwischen 15. und 65. Jahren, die gesundheitlich in der Lage sind, täglich mindestens 3 Stunden einer Beschäftigung nachzugehen. Sollte Ihre Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein, fügen Sie ihrem Antrag bitte ein ärztliches Attest bei.

Mit den ausgezahlten Leistungen und Ihrem eigenen Einkommen sind u. a. folgende Ausgaben zu decken:

- Miete (evtl. einschließlich Heizkosten)
- Lebensmittel
- Strom
- Persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens (incl. Drogeriebedarf)
- Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen sowie die Praxisgebühren
- Ergänzungsbedarf an Bekleidung, Wäsche, Hausrat, Mobiliar, Haushaltsgeräten, allgemeiner Schulbedarf der Kinder
- Ausgaben für besondere familiäre Anlässe.

Bei Bedarf können Sie zusätzliche Leistungen erhalten für:

- Nebenkostennachzahlungen aus der Betriebskostenabrechnung
- Verbrauchskosten für Einzelheizungen *(sofern keine monatlichen Vorauszahlungen übernommen werden)*
- Erstausrüstung für Wohnung einschließlich Haushaltsgeräte
- Erstausrüstung für Bekleidung einschließlich Schwangerschaftsbekleidung und Erstlingsausrüstung

Für Kinder und Jugendliche können ferner folgende Leistungen für Bildung und Teilhabe beantragt werden:

- ein- und mehrtägige Ausflugsfahrten von Schulen und Kindertagesstätten
- Fahrtkosten für Schüler nach der 10. Klasse *(sofern diese nicht bereits durch das Schulamt übernommen werden)*,
- angemessene Lernförderung *(Nachhilfe, sofern die Erreichung des Klassenziels gefährdet ist)*
- gemeinschaftliche Mittagsverpflegung in Schulen und Kindertagesstätten
- Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben *(z. B. Mitgliedsbeiträge in Sportvereinen)*

Stellen Sie Ihre Anträge immer rechtzeitig, damit geprüft werden kann, ob eine Hilfe möglich ist. Bitte beachten Sie, dass im Nachhinein keine Beihilfen für bereits angeschaffte Gegenstände bzw. bereits gedeckte Bedarfe bewilligt werden können.

Zweckbestimmte Leistungen (z. B. *Kosten der Unterkunft, Heizkosten, einmalige Beihilfen*) dürfen von Ihnen auch nur für diesen Zweck verwandt werden. Andernfalls erfolgt von uns eine Rückforderung der Leistungen.

Kranken- und Pflegeversicherung:

Während des Bezuges von Arbeitslosengeld II sind Sie grundsätzlich in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflichtversichert, soweit für Sie nicht die Versicherung im Rahmen einer Familienversicherung möglich ist. Die pauschalierten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge zahlen wir in der gesetzlich vorgeschriebenen Höhe direkt an Ihre Krankenkasse. Werden Leistungen nur als Darlehen oder als einmalige Leistungen gewährt, besteht keine Versicherungspflicht.

Die Anmeldung erfolgt von uns grundsätzlich bei der Krankenkasse, bei der Sie vor dem Bezug versichert waren. Bestand für Sie vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II keine Mitgliedschaft in einer Krankenkasse, melden Sie sich bitte bei einer gesetzlichen Krankenkasse an und legen Sie uns die Mitgliedschaftsbescheinigung vor. Sollten Sie dieses Wahlrecht nicht ausüben, werden Sie von uns einer Krankenkasse zugeordnet.

Sollten Sie eine private Kranken- und Pflegeversicherung besitzen, besteht für Bezieher von Arbeitslosengeld II ein Sonderkündigungsrecht. Sollten Sie weiterhin bei ihrer privaten Krankenkasse versichert sein wollen, muss eine Befreiung von der Versicherungspflicht beantragt werden. Der Antrag von der Befreiung ist bei der gesetzlichen Krankenkasse zu stellen bei der Sie vor dem Wechsel in eine private Krankenversicherung versichert waren. Wenn eine solche Krankenkasse nicht vorhanden ist, dann bei einer gesetzlichen Krankenkasse Ihrer Wahl.

Der Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist auf die Höhe begrenzt, die bei einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu zahlen wäre.

Werden Leistungen nur als Darlehen oder als einmalige Leistungen gewährt, besteht keine Versicherungspflicht.

Zeiten der Arbeitslosigkeit werden rentenrechtlich als Anrechnungszeiten berücksichtigt.

Verschiedenes:

Ferner können Sie die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht beantragen. Die Antragsunterlagen können Sie von der örtlichen Stadt- und Gemeindeverwaltung sowie in den Servicebüros der Kommunalen Center für Arbeit - Jobcenter - erhalten.

Sofern Sie über einen Telefonanschluss verfügen können Sie die Ermäßigung der Gebühren beantragen. Bitte wenden Sie sich hierzu an das nächstgelegene Kundendienstzentrum der Deutschen Telekom.

Einige Städte und Gemeinden sehen für die Benutzung öffentlicher Einrichtungen Ermäßigungen für Empfänger von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes vor. Bitte erfragen Sie bei Ihrer Stadt- oder Gemeindeverwaltung, ob Sie dort Vergünstigungen beanspruchen können.

Um Ihnen die im Kreisgebiet vorhandenen ergänzenden Beratungs- und Hilfsangebote zugänglich zu machen, haben wir auf den beigefügten Seiten dieses Informationsblattes Adressen der wichtigsten Stellen aufgeführt, bei denen für spezielle Problemlagen kompetente Hilfe und Beratung erbracht oder vermittelt werden kann. Weitere in Wohnortnähe vorhandene Hilfs- und Beratungsangebote können Ihnen durch Ihre Gemeinde- bzw. Stadtverwaltung und durch den/die für Sie zuständigen Fallmanager/in oder Sachbearbeiter/in benannt werden.

Unsere Mitarbeiter sind gerne bereit, Sie zu Ihrer Problemlage individuell zu beraten, bitte sprechen Sie uns an.

III. Sanktionen:

Sollten Sie Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen bzw. nicht im ausreichenden Maß an Ihrer Eingliederung in Arbeit mitwirken, können Sanktionen ausgesprochen werden. Um dies zu vermeiden bitten wir Sie, Ihrer Mitwirkungspflicht immer uneingeschränkt nachzukommen bzw. sollte dies einmal nicht möglich sein, uns umgehend und unaufgefordert den Hinderungsgrund mitzuteilen.

Sollte dennoch eine Sanktion erfolgen, bedeutet dies für Sie folgendes:

Jeder erwerbsfähige Leistungsberechtigte muss seine Arbeitskraft zur Beschaffung des Lebensunterhaltes für sich und seine in Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen einsetzen. Dabei ist grundsätzlich jede Arbeit zumutbar, zu der Sie unter Berücksichtigung etwaiger gesundheitlicher Einschränkungen und Ihrer persönlichen Lebensumstände (z. B. Kinderbetreuung) in der Lage sind. Jeder erwerbsfähige Leistungsberechtigte muss sich eigenverantwortlich um Arbeit bemühen und auf Verlangen seine Bewerbungsaktivitäten nachweisen. Sie müssen an allen Ihnen angebotenen Maßnahmen zur Eingliederung in Arbeit mitwirken. Dazu gehört auch der Abschluss einer Eingliederungsvereinbarung. Wenn Sie keine Arbeit finden können, wird ihnen eine gemeinnützige Arbeitsgelegenheit angeboten.

Hinweis auf die Folgen fehlender Bereitschaft, zumutbare Arbeit zu leisten:

Kommen Sie einer der vorgenannten Verpflichtungen nicht nach und können Sie uns für Ihr Verhalten keinen wichtigen Grund nachweisen, müssen Sie mit einer Minderung Ihres Regelbedarfs um 30 % rechnen. Bei der ersten wiederholten Pflichtverletzung erfolgt eine Minderung um 60 % Ihres Regelbedarfs und bei jeder weiteren Pflichtverletzung eine vollständige Minderung Ihres Arbeitslosengelds II.

Bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben wird das Arbeitslosengeld II auf die Kosten für Unterkunft und Heizung beschränkt (wenn diese Kosten zu tragen sind). Bei jeder wiederholten Pflichtverletzung wird das Arbeitslosengeld II vollständig gemindert.

Ebenfalls unterliegen Sie der allgemeinen Meldepflicht. Kommen Sie unserer Aufforderung zu einem persönlichen Beratungsgespräch zu erscheinen nicht nach und können Sie uns auch keinen wichtigen Grund nachweisen, wird Ihre Leistung zur Sicherung des Lebensunterhalts um 10 % Ihres Regelbedarfs gemindert.

Bei allen Minderungen ist folgendes zu beachten:

Bei einer Minderung Ihres Arbeitslosengelds II um mehr als 30 % Ihres Regelbedarfs können wir auf Antrag in angemessenem Umfang ergänzende Sachleistungen oder geldwerte Leistungen erbringen. Diese Leistungen werden erbracht, wenn Sie mit minderjährigen Kindern in einem Haushalt leben.

Der Minderungszeitraum beträgt 3 Monate und beginnt mit dem Kalendermonat nach dem Sie den entsprechenden Bescheid über die Minderung per Post erhalten haben. Während dieses Zeitraums besteht kein Anspruch auf ergänzende Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch Teil XII – Sozialhilfe – (SGB XII).

Sollte Ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld II aufgrund erfolgter Minderungen vollständig entfallen, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir dann auch keine Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung mehr zahlen können. Sofern nicht bereits anderweitig Ihr Versicherungsschutz sichergestellt ist (z. B. durch eine Familienversicherung) wenden Sie sich bitte umgehend zur Klärung an Ihre Krankenkasse.

Ihr Kommunales Center für Arbeit
- Jobcenter -

Kontaktadressen wichtiger Hilfs- und Beratungsangebote		
(weitere und spezielle Hilfsangebote können bei der Gemeinde- bzw. Stadtverwaltung und dem Main-Kinzig-Kreis erfragt werden)		
Organisation:	Beratungsangebot/e:	Adresse / Telefon:
Arbeiterwohlfahrt	<ul style="list-style-type: none"> • Erziehungsberatung • Jugend- und Drogenberatung • Familien- und Frauenbildung 	Kreisverband Main-Kinzig e.V. Chatilloner Str. 81, 63607 Wächtersbach Tel. 06053/809351
ASK Familienberatungsstelle	<ul style="list-style-type: none"> • Familien-, Kinder- und Jugendberatung im Altkreis Hanau 	Pedro-Jung-Park 11, 63450 Hanau Tel. 06181/270620
Behindertenrat	Die Sprechstunde des Behindertenrates findet Mo-Mi 10-13 Uhr, Do 14-18 Uhr statt. Telefonische Voranmeldung ist erforderlich	Barbarossastrasse 24, 63571 Gelnhausen, Zimmer A.02.129, Tel.: 06051/85-12368
Behindertenwegweiser	<ul style="list-style-type: none"> • Personen mit körperlichen und seelischen Behinderungen 	Hailerer Strasse 25, 63571 Gelnhausen Tel.: 06051-4850
Behindertenwerk Main-Kinzig	Beratung, Förderung und Betreuung von Menschen mit Behinderung u. a. <ul style="list-style-type: none"> • Wohnen • Arbeiten • Familienentlastender Dienst 	Vor der Kaserne 6, 63571 Gelnhausen Tel.: 06051/9218-683,
Beratungshilfe / Prozesskostenhilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtsberatung durch die Rechtspfleger z. B. in Arbeits-, Verwaltungs- und Zivilrecht 	Amtsgericht <ul style="list-style-type: none"> • Hanau, Tel.: 06181/297-0 • Gelnhausen, Tel.: 06051/8290 • Schlüchtern, Tel.: 06661/1580
Blindenbund	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung und persönliche Betreuung • Hilfestellung zur Rehabilitation von Betroffenen. 	Steinheimer Staße 1, 63450 Hanau Tel.: 06181/956663
Büro für Frauenfragen des Main-Kinzig-Kreises	Beratung und Unterstützung von Frauen in <ul style="list-style-type: none"> • Beruf • Partnerschaft • Kinderbetreuung 	Main-Kinzig-Kreis, Barbarossastrasse 24, 63571 Gelnhausen, Frauenbüro, Tel.: 06051/85-12316
Caritas	<ul style="list-style-type: none"> • Altenberatung • Suchtberatung • Familien- und Jugendberatung • Kur- und Erholung für Frauen • Migrationserstberatung, Jugendmigrationsdienst • Nichtsesshafte, Wohnungslose • Allgemeine Lebensberatung 	<ul style="list-style-type: none"> • Im Bangert 4, 63450 Hanau, Tel.: 06181/923350 • Holzgasse 17, 63571 Gelnhausen Tel.: 06051/92450
Deutsches Rotes Kreuz Gelnhausen	<ul style="list-style-type: none"> • Migrationserstberatung 	Frankfurter Str. 34, 63571 Gelnhausen Tel.: 06051/480024
Diakonisches Werk Gelnhausen	<ul style="list-style-type: none"> • Seniorenberatung • Seniorenreisen • Mobiler Sozialer Hilfsdienst • Essen auf Rädern, Mahlzeitservice für Seniorinnen und Senioren • Flüchtlingsberatung • Vermittlung von Müttergenesungskuren 	Friedrich-Wilhelm-Straße 6, 63607 Wächtersbach Tel.: 06053/7077820
Diakonisches Werk Hanau	<ul style="list-style-type: none"> • Jugend- und Drogenberatung • Erziehungsberatung • Ehe-, Familien- und Lebensberatung • Suchtberatung für Erwachsene • Migrationserstberatung • Schuldnerberatung • Kreisstelle für allg. soziale Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> • Johanneskirchplatz 1, 63450 Hanau, Tel.: 06181/9234040 (<i>Schuldnerberatung für Personen aus der Stadt Hanau und Altkreis Hanau</i>) • Herzbachweg 2, 63571 Gelnhausen, Tel.: 06051/883696 (<i>Schuldnerberatung für Personen aus den Altkreisen Gelnhausen und Schlüchtern</i>)
Frauenhandbuch	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungsangebote für Frauen 	Main-Kinzig-Kreis, Barbarossa Strasse 22, 63571 Gelnhausen Frauenbüro, Tel.: 06051/85-12316
Frauen helfen Frauen	<ul style="list-style-type: none"> • Frauenhausberatungsstelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Hanau, Tel.: 06181/12575 • Wächtersbach, Tel.: 06053/4987
Gesundheitsamt	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuungsstelle • Mütterberatung • Sozialpsychiatrischer Dienst • Vermittlung von Hilfen und Beratung für Behinderte u. a. in der Jugend-ärztlichen und Amtsärztlichen Sprechstunde • Aids-Beratung • Hilfe für Frauen in der Prostitution 	Main-Kinzig-Kreis, Gesundheitsamt, Barbarossastrasse 24, 63571 Gelnhausen Tel.: 06051-85-12434
Hanauer Hilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung für Opfer und Zeugen von Straftaten 	Salzstraße 11, 63450 Hanau Tel.: 06181/24871 oder 22026
Info-Broschüren für ältere Bürger/innen im Main-Kinzig-Kreis	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungs- und Hilfsangebote • Freizeitangebote • Versorgungsangebote bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit 	Main-Kinzig-Kreis, Leitstelle für ältere Bürger, Barbarossastrasse 24, 63571 Gelnhausen Tel.: 06051/85-16160 oder 16130 oder 16161
Informationen bei Aufnahme im Pflegeheim	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen über die Gewährung von Sozialhilfe 	Main-Kinzig-Kreis, Barbarossastr. 24, 63571 Gelnhausen, Sozialamt, Tel.: 06181/85-0
Internationaler Bund	<ul style="list-style-type: none"> • Jugendmigrationsdienst 	Marktstr. 3, 63450 Hanau Tel.: 06181/923080
Jugendamt	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeiner Sozialer Dienst • Erziehungsberatung • Sozialpädagogische Familienhilfe • Trennungs- und Scheidungsberatung • Beratung für Betroffene von sexuellem Missbrauch / körperlicher Misshandlung 	Main-Kinzig-Kreis, Jugendamt Barbarossastr. 24, 63571 Gelnhausen Tel.: 06051/85-0
Lawine	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung für Betroffene von sexuellem Missbrauch / 	Chemnitzer Straße 20, 63452 Hanau

Kontaktadressen wichtiger Hilfs- und Beratungsangebote		
(weitere und spezielle Hilfsangebote können bei der Gemeinde- bzw. Stadtverwaltung und dem Main-Kinzig-Kreis erfragt werden)		
Organisation:	Beratungsangebot/e:	Adresse / Telefon:
	sexueller Ausbeutung	Tel.: 06181/256602
Lebensgestaltung e.V.	<ul style="list-style-type: none"> Beratung für psychisch kranke Menschen bis zum 65. Lebensjahr, die zur selbständigen Lebensführung Unterstützung benötigen. 	Nordstr. 88, 63450 Hanau <ul style="list-style-type: none"> Betreutes Wohnen, Tel.: 06181/9283-20 oder 21 Tagesstätte, Tel.: 06181/928326 Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle, Tel.: 06181/1890990
Leitstelle „Wohnen“	<ul style="list-style-type: none"> Beratung bei drohendem Wohnungsverlust 	Main-Kinzig-Kreis, Barbarossastr. 24, 63571 Gelnhausen Tel.: 06051/85-14395
Lichtblick Stiftung der evang. Marienkirchengemeinde zu Hanau	<ul style="list-style-type: none"> Beratung für wohnungs- und obdachlose Menschen Gesprächskreis für Frauen Gesprächsangebot für Männer Schuldnerberatung Begleitetes, betreutes Wohnen Wohnraumhilfe 	Am Goldschmiedehaus 1, Dietrich Bonhoeffer Haus, 63450 Hanau Tel.: 06181/92317-0 Fax: 06181/92317-23
Paritätischer Wohlfahrtsverband	<ul style="list-style-type: none"> Selbsthilfe- und Beratung Seniorenhilfe Kinder-, Jugend- und Familienhilfe Behindertenhilfe 	Landesverband Hessen e.V. Auf der Körnerwiese 5, 60322 Frankfurt/M. Tel.: 069/9552620
Pflege und Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> Beratung und Leistungen bei Unterbringung in Pflegeheimen und im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen 	Main-Kinzig-Kreis, Barbarossastr. 24, 63571 Gelnhausen Tel.: 06051/85-14132
PRO-Familia	<ul style="list-style-type: none"> Information und Beratung zur Verhütung, Schwangerschaft /-abbruch Beratung über soziale Hilfen Sexualberatung Beratung bei Partnerschaftsproblemen und persönlichen Krisen 	<ul style="list-style-type: none"> Vor dem Kanalort 3, 63450 Hanau Tel.: 06181/21854 Unter den Linden 15, 36381 Schlüchtern Tel.: 06661/2071
Psychosozialer Wegweiser	<ul style="list-style-type: none"> Familien- u. Jugendberatung Beratung bei sozialen und seelischen Problemlagen Suchtberatung Seniorenberatung 	Gesundheitsamt, Main-Kinzig-Kreis, Barbarossastraße 24, 63571 Gelnhausen Tel: 06051-850
Psychosoziales Zentrum Rosengarten	<ul style="list-style-type: none"> Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle: Begleitende Einzelgespräche, Paar- und Familienberatung für Menschen in Lebenskrisen und Menschen mit psychischen Krankheiten sowie Beratung von Angehörigen. Betreutes Wohnen und Tagesstätte für psychisch erkrankte Erwachsene: Hilfe bei der Alltagsbewältigung und Tagesstrukturierung 	Krämerstraße 49, 36381 Schlüchtern, Tel.: 06661/71414, Fax: 06661/917307, E-mail: info@psz-rosengarten.de
Sekos	Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen und Menschen, die eine Selbsthilfegruppe suchen, u. a. <ul style="list-style-type: none"> Suchtberatung Angehörigenberatung Hilfe bei der Beschaffung von Therapieplätzen Nachsorge nach Therapie psychosoziale Prävention 	<ul style="list-style-type: none"> Breslauer Str. 19, 63452 Hanau Tel.: 06181/255500 Bahnhofstr. 12, 63571 Gelnhausen Tel.: 06051/4162 oder 4163
Selbsthilfe Körperbehinderter Hanau/Gelnhausen e.V.	<ul style="list-style-type: none"> Behindertenberatung 	Am Rathaus 65 b, 63526 Erlensee, Tel.: 06183/915221
Sozialdienst Katholischer Frauen	<ul style="list-style-type: none"> Beratung für schwangere Frauen, Alleinziehende und Familien mit kleinen Kindern 	<ul style="list-style-type: none"> Friedrich-Str. 12 , 63450 Hanau Tel. 06181/33091 Bad Sodener Straße 52, 63628 Bad Soden-Salmünster, Tel. 06056/ 5402
VdK	<ul style="list-style-type: none"> Allgemeine Beratung in Rentenangelegenheiten Schwerbehindertenberatung Beratung für Sozialrentner und Kriegsopfer 	<ul style="list-style-type: none"> Hanau, Am Schloßplatz 2, Tel. 06181/21096 (jeden Dienstag von 9-12 Uhr) Gelnhausen, Am Ziegelturm 6, Tel.: 06051/ 5606 Schlüchtern, Gartenstraße 5, Tel.: 06661/9700
Telefonseelsorge	<ul style="list-style-type: none"> Anonyme seelsorgerische und beratende Gespräche 	Tel.: 0800/1110111 Tel.: 0800/1110222
Versorgungsamt	<ul style="list-style-type: none"> Erziehungsgeld Nachteilsausgleiche und Vergünstigungen für Behinderte Schwerbehindertengesetz Renten nach dem Bundesversorgungsgesetz 	<ul style="list-style-type: none"> für Hanau und Gelnhausen: Hailerer Str. 25, 63751 Gelnhausen Tel. 06051/4850 für Schlüchtern: Marquart Straße 23-29, 36041 Fulda Tel.: 0661/ 62070
Vormundschaftsgericht	Einrichtung einer Betreuung nach dem Betreuungsgesetz	Hanau, Tel.: 06181/297-0 Gelnhausen, Tel.: 06051/829-0 Schlüchtern, Tel.: 06661/1580

So könnte Ihr Lebenslauf aussehen:

Lebenslauf

Persönliche Daten

*Vorname Nachname
Geburtsdatum und Geburtsort
Familienstand*

Schul Ausbildung

Von / Bis *z. B. Berufsschule, Meisterschule*

Von / Bis *z. B. Grund- und Hauptschule / Realschule / Gymnasium*

Berufsausbildung

Von / Bis *Ausbildung zum bei*

Beruflicher Werdegang

Von / Bis *Firmenname
Arbeitsplatzbeschreibung
Arbeitsbeschreibung*

Fort- u. Weiterbildung / Zusatzqualifikationen

EDV *z. B. Word für Windows, Excel für Windows*

Sonderprogramme *z. B. SAP, CAD, Obris, Datev*

Führerschein *z. B. Klasse B, C1 und Stapler*

Besondere Kenntnisse

z. B. Fremdsprachen, EDV, Ehrenamt, Interessen

Ort , Datum *Unterschrift*

Raum für Ihre Notizen:

Mein/e Ansprechpartner/in im Kommunalen Center für Arbeit - Jobcenter - ist:

Herr/Frau: _____ Telefon: _____

Folgende Unterlagen werden zur Bearbeitung meines Antrages noch benötigt:

<input type="checkbox"/> aktuelle Einkommensnachweise <i>(Lohn /Gehalt, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Wohngeld etc.)</i>
<input type="checkbox"/> Nachweis über Miethöhe <i>(Mietvertrag, Mieterhöhungen, Mietbescheinigung, Zahlungsnachweis)</i>
<input type="checkbox"/> Personalausweis / Reisepass
<input type="checkbox"/> Krankenversicherungsnachweis
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Nachweise über Vermögen <i>(Bankguthaben, Grundvermögen, Kfz.-Besitz etc.)</i>
<input type="checkbox"/> Hauslasten -nur bei Haus- bzw. Wohnungseigentum- <i>(Schuldverpflichtungen, Hausnebenkosten)</i>
<input type="checkbox"/> Meldebestätigung Einwohnermeldeamt
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Mein nächster Termin ist am:

<i>Datum</i>	<i>Uhrzeit</i>	<i>Datum</i>	<i>Uhrzeit</i>

Was sonst noch wichtig ist:
