

Antrag eingegangen am (Eingangsstempel)
--

Antrag registriert (Namenszeichen)

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Teil II Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende

Antragsteller/in:

Name, Vorname		E-Mail-Adresse	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		Telefon	Mobil
Persönliche Verhältnisse	Leistungsberechtigte/r	Ehepartner/in – Lebensgefährte/in	
Name, ggf. Geburtsname			
Vorname/n (Rufname unterstreichen)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
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? (nur auszufüllen falls getrennt lebend oder geschieden bzw. bei Kindesunterhalt, Nachweise beifügen)	<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 (bei ausländischen Staatsangehörigen aufenthaltsrechtlichen Status nachweisen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (sofern bekannt)			
Rentenversicherungsnummer (falls nicht vorhanden, bitte diese beantragen)	<input type="checkbox"/> ja, _____ <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> RV-Nummer wurde beantragt	<input type="checkbox"/> ja, _____ <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> RV-Nummer wurde beantragt	
Bankverbindung (sollten Sie über keine Bankverbindung verfügen, richten Sie bitte ein Konto auf Guthabenbasis ein)	Geldinstitut:	IBAN:	
Schutz vor Kontenpfändung (Pfändungsschutz für die Dauer von 14 Tagen seit Gutschrift der Überweisung)	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? (betrifft nur gesundheitliche Einschränkungen – falls eingeschränkt, Nachweise und Begründung beifügen)	<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	
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? (Nachweise beifügen)	<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 _____	
Welche anderen Personen leben außer Ihnen im Haushalt? (bei mehr als 2 weiteren Personen Zusatzblatt „Angaben zu weiteren Personen im Haushalt“ verwenden)	Vorname, Name		Geburtsdatum:
	Vorname, Name		Geburtsdatum:
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Sind Sie schwanger? (sofern möglich bitte Mutterpass beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Benötigen Sie krankheitsbedingt eine kostenaufwändige Ernährung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Angaben bei Mietverhältnissen	
Art des Mietverhältnisses	<input type="checkbox"/> Hauptmieter <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> Mitbewohner
Vermieter (Name, Straße, Haus-Nr, PLZ, Ort, Bankverbindung)	
Ist der Vermieter mit Ihnen verwandt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Höhe der Miete (sobald möglich Nachweise beifügen/nachreichen)	Grundmiete: _____ € Umlagen: _____ € Heizung: _____ €
Art der Warmwasseraufbereitung	<input type="checkbox"/> dezentral (Boiler / Durchlauferhitzer) <input type="checkbox"/> zentral (über die Zentralheizung)
Ist ein Teil der Wohnung an Dritte untervermietet? (sobald möglich Nachweis 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:	
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 (sobald möglich Nachweise beifügen)	Schuldzinsen: _____ € Tilgung: _____ € sonstige Hauslasten: _____ €
Art der Beheizung	<input type="checkbox"/> laufende Heizkosten (z.B. Erdgas/Strom) monatlich _____ € <input type="checkbox"/> Einzelbeschaffung von Heizmaterial (z.B. Öl, Liefergas, Pallets, Brikett)
Art der Warmwasseraufbereitung	<input type="checkbox"/> dezentral (Boiler / Durchlauferhitzer) <input type="checkbox"/> zentral (über die Zentralheizung)
Mieteinnahmen (sobald möglich Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____ € (Grundmiete ohne Betriebskosten)

Ansprüche gegen Dritte (z. B. offene Lohnzahlungen, Schadensersatzansprüche, Ansprüche gegen eine private Unfallversicherung, Altenteilsrechte)	
nicht erfüllte Ansprüche gegenüber Dritten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
wurde in den letzten 10 Jahren Vermögen verkauft/ verschenkt?	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja _____

Vermögen der Bedarfsgemeinschaft <i>Nur sofern erhebliches Vermögen vorhanden ist. Erheblich ist Vermögen über 40.000 € (für den Antragsteller) sowie über 15.000 € (für jede weitere Person in der Bedarfsgemeinschaft). Hierzu gehören nur Vermögenswerte die sofort verwertbar sind (z.B. Barmittel, Sparguthaben, sonstige für die aktuelle Lebensunterhaltssicherung verfügbare geldwerte Mittel. Ein selbstgenutztes Wohneigentum ist im Regelfall hiervon nicht umfasst.</i>				
Person	Leistungsberechtigte/r:	Ehepartner/in - Lebensgefährte/in:	weiterer Angehöriger:	weiterer Angehöriger:
Ich/Wir verfügen über erhebliche Vermögenswerte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Selbstauskunft Vermögen ausfüllen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Selbstauskunft Vermögen ausfüllen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Selbstauskunft Vermögen ausfüllen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Selbstauskunft Vermögen ausfüllen)

Krankenversicherung				
Person	Leistungsberechtigte/r:	Ehepartner/in - Lebensgefährte/in:	weiterer Angehöriger:	weiterer Angehöriger:
Sind sie <u>gesetzlich</u> krankenversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind sie <u>privat</u> krankenversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name der Krankenkasse				
Mitgliedsnummer				

Antragsbegründung	
Angabe, wieso Sie sich in einer finanziellen Notlage befinden	

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 - Lebensgefährtin/e:	weiterer Angehöriger:	weiterer Angehöriger:
Erwerbseinkünfte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Arbeitseinkommen (brutto)	_____	_____	_____	_____
Arbeitseinkommen (netto)	_____	_____	_____	_____
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)	<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 _____ _____	<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 _____ _____	<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 _____ _____ _____	<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 _____ _____	<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 _____	<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 _____ _____ _____	<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 _____	<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 _____ _____ _____	<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 sobald möglich die jeweiligen Nachweise
und die Kontoauszüge der letzten 6 Wochen beizufügen**

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 meiner/unserer 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 ggf. alternativ bestehender Sozialleistungsansprüche (z.B. *Wohngeld, Kinderzuschlag*) einverstanden. Sofern sich im Rahmen der Prüfung des Antrages die Zuständigkeit eines anderen Sozialleistungsträgers (*Sozialhilfe, Grundsicherung oder Asylbewerberleistungsgesetz*) ergeben sollte, bitte/n ich/wir um Weiterleitung des Antrages an die zuständige Stelle.

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

Folgende Zusatzblätter habe ich dem Antrag beigefügt:

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

- Zusatzblatt Vermögen (nur soweit erhebliches Vermögen vorhanden ist)
- Zusatzblatt „Angabe zu weiteren Personen im Haushalt“
- Zusatzblatt „Selbständigkeit“
- Zusatzblatt „Angaben über unterhaltspflichtige Personen außerhalb des Haushalts“
- Zusatzblatt „Private Kranken-, Pflege- u. Rentenversicherung“
- Zusätzlich werden **Bildungs- und Teilhabeleistungen** (für Kinder, Jugendliche und ggf. junge Erwachsene) beantragt:
(bitte ankreuzen, sofern eine der folgenden Aktivitäten durchgeführt wird oder geplant ist und gesondertes Bildungs- und Teilhabeantragsformular beifügen oder innerhalb des ALG II-Gewährungszeitraumes nachreichen)
- ein- und mehrtägige Ausflugsfahrten von Schulen und Kindertagesstätten
 - Fahrtkosten für Schüler nach der 10. Klasse
 - angemessene Lernförderung (Nachhilfe, sofern die Erreichung des Klassenziels gefährdet ist)
 - gemeinschaftliche Mittagsverpflegung in Schulen und Kindertagesstätten
 - Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben (Mitgliedschaft in Vereinen, künstlerischer und kultureller Unterricht, Freizeiten)

Unterschrift/en:

<p style="text-align: center;">(Ort, Datum)</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center;">(Unterschrift Antragsteller/in)</p>	<p style="text-align: center;">(Ort, Datum)</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center;">(Unterschrift/en weitere Antragssteller/in) <small>Volljährige/r Angehörige/r der Bedarfsgemeinschaft</small></p>
---	---

Ergänzende Angaben der antragsentgegennehmenden Stelle:

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