

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

- ARBEITSLOSENGELD II / SOZIALGELD -

Dienststelle		Tag der Antragstellung	EINGANGSSTEMPEL
Referenznummer			
Nr.d.Bedarfsgemeinschaft			
Org.Einheit			
- bitte ausfüllen, wenn bekannt -			

I. Allgemeine Daten des Antragstellers/der Antragstellerin	
Familiename	
Vorname	
Strasse, Haus-Nr. ggf. bei wem -	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer (mit Vorwahl) und/oder E-Mail-Adresse für Rückfragen	
Bankverbindung (bitte angeben, da die Leistungen bargeldlos überwiesen werden)	
BLZ	Konto-Nr.
bei Bank/Postbank/Sparkasse, sonstiges Kreditinstitut	
Name des Kontoinhabers	
Falls Sie kein Girokonto haben und auch keines eröffnen können, weisen Sie dies bitte durch eine Bescheinigung einer Bank oder Sparkasse nach.	

**nicht vom Antragsteller auszufüllen -
Antrag angenommen am:**

Der Antragsteller/Die Antragstellerin hat
sich ausgewiesen durch:

Bundespersonalausweis Hz. Datum)
 Pass
 Sonstige Ausweispapiere

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

II. Persönliche Verhältnisse		
	des Antragstellers / der Antragstellerin ich bin <input type="checkbox"/> allein stehend <input type="checkbox"/> allein erziehende(r) Mutter/Vater Die Kinder sind in Abschnitt III einzutragen.	des Partners / der Partnerin des Antragstellers / der Antragstellerin nach Nr. ①, also des <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten <input type="checkbox"/> Partners in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners
	①	②
Name (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum, Geburtsort		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)		

	①	②
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Können Sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen
Auszubildender - auch in Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als
Name u. Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule		
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Zuweisung für den Zeitraum vom bis Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Zuweisung für den Zeitraum vom bis Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.
Mögliche Ausschlussgründe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - nicht vom Antragsteller auszufüllen -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - nicht vom Antragsteller auszufüllen -
Wenn Sie bislang Sozialhilfe bezogen haben, müssen Sie für den Bezug von Arbeitslosengeld II eine Krankenkasse wählen . Legen Sie bitte danach die Mitgliedsbescheinigung vor!		
Krankenversicherung (KV) ⇒	Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse	Er/sie ist in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse
	Mitgliedsnummer: Wenn nein: <input type="checkbox"/> Ich war bisher nicht krankenversichert. Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor. <input type="checkbox"/> Ich war bisher privat krankenversichert. (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	Mitgliedsnummer: Wenn nein: <input type="checkbox"/> Er/sie war bisher nicht krankenversichert. Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor. <input type="checkbox"/> Er/sie war bisher privat krankenversichert. (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)
Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin von Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner getrennt leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen familienversichert werden können.		
Getrennt lebend? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte ausfüllen ⇒	Angaben zum Ehegatten/ingetr. Lebenspartner Name, Vorname Name und Sitz der Krankenkasse	Angaben zum Ehegatten/ingetr. Lebenspartner Name, Vorname Name und Sitz der Krankenkasse
	Mitgliedsnummer:	Mitgliedsnummer:
Wichtiger Hinweis: Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben , können Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin bei einem Elternteil familienversichert werden.		
23. Lebensjahr bereits vollendet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn nein, bitte ausfüllen ⇒	Angaben zur Mutter Name, Vorname, Geburtsdatum	Angaben zur Mutter Name, Vorname, Geburtsdatum
	Name und Sitz der Krankenkasse	Name und Sitz der Krankenkasse
	Mitgliedsnummer:	Mitgliedsnummer:
	Angaben zum Vater Name, Vorname, Geburtsdatum	Angaben zum Vater Name, Vorname, Geburtsdatum
	Name und Sitz der Krankenkasse	Name und Sitz der Krankenkasse
	Mitgliedsnummer:	Mitgliedsnummer:

	①	②
Rentenversicherung (RV)	Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> der Arbeiter <input type="checkbox"/> der Angestellten	Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> der Arbeiter <input type="checkbox"/> der Angestellten
	RV-Nr.:	RV-Nr.:
	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/-ort <input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/-ort <input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)

III. Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen			
 Leben weitere Angehörige im gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, tragen Sie bitte die weiteren Angehörigen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein. Bei vier oder mehr Angehörigen ist das Zusatzblatt 4 zur Feststellung weiterer Angehöriger zu verwenden.			
	③	④	⑤
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/Partner(in)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
Berechtigte(r) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen
Auszubildender - auch in Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als _____
Name u. Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule			
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.
Mögliche Ausschlussgründe	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Die folgenden Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung der Angehörigen sind nur zu beantworten, wenn diese das 14. Lebensjahr vollendet haben.			
	③	④	⑤
Krankenversicherung (KV)	<input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse
	Mitgliedsnummer:	Mitgliedsnummer:	Mitgliedsnummer:
	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)
	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert
Rentenversicherung (RV)	Versicherungszeit <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV der <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellten	Versicherungszeit <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV der <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellten	Versicherungszeit <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV der <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellten
	RV-Nr.:	RV-Nr.:	RV-Nr.:
	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/Geburtsort:	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/Geburtsort:	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/Geburtsort:

IV. Leistungen für besondere Mehrbedarfe	
<p>Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind. Dies gilt für alle Angehörige innerhalb des Haushaltes.</p>	
<p>Ein(e) Angehöriger/Angehörige innerhalb der Haushaltsgemeinschaft</p>	
<input checked="" type="checkbox"/> ist schwanger.	Name, Vorname _____ Legen Sie bitte den Mutterpass vor!
<input checked="" type="checkbox"/> ist allein erziehend.	Name, Vorname _____
<input type="checkbox"/> gehört zum Personenkreis der schwer behinderten Menschen und erhält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben . <input type="checkbox"/> Name, Vorname _____ Legen Sie bitte den Bewilligungsbescheid vor!	
<input type="checkbox"/> Bedarf aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung . <input type="checkbox"/> Name, Vorname: 1. _____ 2. _____ <p>Zum Nachweis der Erforderlichkeit und der Art des Mehrbedarfes ist ein Vordruck bei Ihrer Agentur für Arbeit erhältlich, der von Ihrem Hausarzt auszufüllen ist.</p>	

V. Wohnverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen	
<p>Kosten für Unterkunft und Heizung sind im "Zusatzblatt 1 zur Feststellung der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung" einzutragen.</p>	

VI. Einkommensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen	
<p>Als Einkommen sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert zu berücksichtigen. Hat oder haben der Antragsteller und/oder andere genannte Personen Einnahmen aus</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ nichtselbständiger oder selbständiger Arbeit, Vermietung oder Verpachtung, Land- und Forstwirtschaft, ▶ Kindergeld, Entgeltersatzleistungen wie Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, ▶ Renten aus der Sozialversicherung oder Pensionen, ▶ Unterhaltszahlungen, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz, ▶ Zinsen, Kapitalerträge, Wohngeld, Sozialhilfe nach dem SGB XII, ▶ sonstige laufende oder einmalige Einnahmen gleich welcher Art. 	
<input type="checkbox"/> Keine der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einnahmen in Geld oder Geldeswert.	
<input type="checkbox"/> Folgende der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einkünfte:	
Name, Vorname _____	Art der Einkünfte _____
Name, Vorname _____	Art der Einkünfte _____
Name, Vorname _____	Art der Einkünfte _____
<p>Reichen Sie bitte als Nachweis der Einkommensverhältnisse das Zusatzblatt 2 – getrennt für jeden Einkommensbezieher – ein. Bei Bezug von Sozialleistungen legen Sie bitte zusätzlich den a k t u e l l e n Bewilligungsbescheid vor.</p>	
<input type="checkbox"/> Es besteht ein Anspruch auf Kindergeld in Höhe von monatlich _____ Euro Kindergeld-Nr. _____ <input type="checkbox"/> Aktueller Nachweis vorlegen (z.B. Kontoauszug über Höhe des Kindergeldes) Personen <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	

VII. Vermögensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen



Als Vermögen sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände zu berücksichtigen.

Hat oder haben der Antragsteller und/oder andere den Abschnitten II und III genannten Personen Vermögen, z.B.

- ▶ Bank- und Sparguthaben, Bargeld usw.
- ▶ Kraftfahrzeug, Wertpapiere, Aktien, Aktienfonds,
- ▶ Kapitallebensversicherungen, private Rentenversicherungen, "Riester-Rente", Bausparverträge usw.,
- ▶ bebaute oder unbebaute Grundstücke, Hausbesitz (z.B. ein Ein- oder Mehrfamilienhaus), Eigentumswohnung, sonstige Immobilien,
- ▶ sonstige Vermögensgegenstände, wie z.B. Wertsachen, Gemälde.

⇒ Ich (**Antragsteller**) und/oder **meine Partner/in** (vgl. Abschnitt II) haben Vermögen, das den Wert von 3.850 Euro je Person (also bei Partnern insgesamt 7.700 Euro) übersteigt. ja nein

⇒ Die im Abschnitt III aufgeführten **weiteren Angehörigen** haben Vermögen, das den Wert von je 750 Euro übersteigt. ja nein

Wenn eine der beiden Fragen mit "ja" beantwortet wurde, ist das **Zusatzblatt 3** auszufüllen.

VIII. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

(z.B. geschiedener oder getrennt lebender Ehegatte, Vater eines nichtehelichen Kindes, Eltern, Kinder usw.)

Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Geburtsdatum			
Verwandtschaftsverhältnis			
PLZ, Wohnort			
Straße, Nr.			
Name, Vorname des Unterhaltsberechtigten			

Bitte Nachweise vorlegen, wie z.B. Unterhaltstitel, Vergleich, schriftliche Vereinbarung, Urkunde über die Höhe des Unterhalts.

Unterhaltsleistungen werden erbracht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 Einkommen ausfüllen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 Einkommen ausfüllen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 Einkommen ausfüllen
Unterhaltsleistungen werden nicht erbracht	Wurden oder werden Unterhaltsleistungen geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurden oder werden Unterhaltsleistungen geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurden oder werden Unterhaltsleistungen geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

IX. Sonstige Ansprüche gegenüber Arbeitgeber, Sozialleistungsträger und Schadensersatzansprüche

1. Erheben Sie oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen Ansprüche gegen einen ehemaligen Arbeitgeber für Zeiten nach dem Ausscheiden? ja nein

Wenn ja, Name, Vorname:	Anschrift des Arbeitgebers
Grund:	
Gericht/AZ:	

2. Haben Sie oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen (eine) andere Leistung(en) beantragt oder beabsichtigen Sie einen entsprechenden Antrag zu stellen? ja nein

⇒ Anzugeben sind insbesondere alle Rentenarten, Ausgleichszahlungen des ehemaligen Arbeitgebers, Kindergeld, Kinderzuschlag nach § 6a Bundeskindergeldgesetz, Wohngeld, Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII.

Angabe der Person, die Leistungen beantragt hat:

Art der Leistung(en):	Sozialleistungsträger:	beantragt am:	für die Zeit ab:
-----------------------	------------------------	---------------	------------------

Angabe der Person, die Leistungen beantragt hat:

Art der Leistung(en):	Sozialleistungsträger:	beantragt am:	für die Zeit ab:
-----------------------	------------------------	---------------	------------------

3. Meine Hilfebedürftigkeit / Die Hilfebedürftigkeit einer mit mir im Haushalt lebenden Personen wurde durch einen Unfall verursacht. ja nein

Wenn ja, Angabe des/der Geschädigten:

Bitte – soweit noch nicht geschehen – den **Unfallbogen** ausfüllen!

Zusatzblatt 1**ZUR FESTSTELLUNG DER ANGEMESSENEN KOSTEN
FÜR UNTERKUNFT UND HEIZUNG****Antragsteller**

Name:	Nr. der Bedarfsgemeinschaft:
Vorname	Kundennummer:
Strasse, Haus-Nr. - ggf. bei wem -	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer (mit Vorwahl) und/oder E-Mail-Adresse für Rückfragen	

Bankverbindung

BLZ	Konto-Nr.
bei Bank/Postbank/Sparkasse, sonstiges Kreditinstitut	
Name des Kontoinhabers	

**Wohnverhältnisse des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und der im Haushalt lebenden Personen**

Mietwohnung
Name und Anschrift des Vermieters: _____
Bankverbindung des Vermieters: Bankleitzahl _____ Konto-Nr. _____
bei: _____
(bitte Mietvertrag oder entsprechende Unterlagen vorlegen)
 Höhe der anfallenden Miete – ohne Garage, Stellplatz und Nebenkosten _____ Euro monatlich

Ich bin / wir sind
Eigentümer eines eigenen Hauses einer Eigentumswohnung
Anfallende Schuldzinsen: _____ Euro monatlich
(bitte Belege beifügen)

Ich / Wir habe(n) freies Wohnrecht bei: _____

Angaben zur Wohnung / zum Haus:
Gesamtgröße der Wohnung/des Hauses: _____ Anzahl der Räume: _____
davon Wohnfläche: _____ Anzahl Küchen: _____
bezugsfertig seit: _____ Anzahl Bäder: _____
Bei Eigentum: Anzahl Wohneinheiten _____

- Heizkosten (bitte Nachweise vorlegen) _____ Euro monatlich
- Heizkostenpauschale für Zentralheizung – Baujahr: _____ Euro monatlich
- Wird die Wohnung zentral mit Warmwasser versorgt? ja nein
- Werden Brennstoffe selbst beschafft? ja nein
- Höhe der Nebenkosten (bitte Nachweise vorlegen) _____ Euro monatlich
- Sonstige Wohnkosten _____ Euro monatlich

- Wohngeld wurde beantragt am _____ bei _____
- Wohngeld wurde bewilligt ab _____ bis _____ in Höhe von _____ Euro monatlich
- Wohngeld wurde mit Bescheid vom _____ abgelehnt (bitte Nachweise vorlegen)

- In der Wohnung/in dem Haus leben folgende Personen:
(z.B. Vater, Mutter, Enkel, Freund/in)

Name, Vorname: _____	Verwandtschaftsverhältnis: _____

Davon haben lt. notarieller Urkunde freies Wohnrecht: _____

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

EINKOMMENERKLÄRUNG/VERDIENSTBESCHEINIGUNG ZUM ANTRAG AUF LEISTUNGEN ZUR SICHERUNG DES LEBENSUNTERHALTS - FÜR DEN ANTRAGSTELLER SOWIE FÜR ANGEHÖRIGE ZU VERWENDEN -

Angaben zum Antragsteller (vom Antragsteller vor Rückgabe auszufüllen!)

Name: _____ Kunden-Nr. bzw. Nummer der Bedarfsgemeinschaft: _____

Vorname: _____

Angaben zum Einkommen

Die Pflicht zur Auskunftserteilung ergibt sich aus § 60 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch.

Bitte Änderungen/Ergänzungen gesondert mit Unterschrift bestätigen. Der Antragsteller kann auch bei unmittelbarer Rückgabe des Vordrucks (Angaben zum Antragsteller müssen ausgefüllt sein) Einblick in die Bescheinigung erhalten (Anhörungsrecht gemäß § 24 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch).

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ich habe folgendes Einkommen

Bitte Zutreffendes ankreuzen

- Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung lt. Bescheinigung des Arbeitgebers auf der Rückseite
- Einkommen aus einer selbständigen Tätigkeit gemäß umseitiger Selbsteinschätzung
- Rente, Pension:** _____ in Höhe von _____ Euro mtl.
(Bitte Rentenart und letzten Rentenbescheid beifügen (Kopie genügt)).
Wenn Sie Altersrente oder Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, beantworten Sie bitte auch folgende Frage:
Sind Sie im Besitz eines Ausweises über die Eigenschaft als Schwerbehinderter mit dem Merkzeichen G? ja nein
- Arbeitslosengeld:** Bemessungsentgelt _____ Euro tgl. Höhe _____ Euro tgl.
Bemessungsentgelt _____ Euro wchtl. Höhe _____ Euro wchtl.
- Sonstiges Einkommen:** _____ in Höhe von _____ Euro mtl.
_____ in Höhe von _____ Euro mtl.
_____ in Höhe von _____ Euro mtl.
- Vgl. Abschnitt VI des Antragsvordruckes. Bitte Nachweise beifügen.**
- Folgende Einkommen werden nicht regelmäßig monatlich erzielt:
Art: _____ vom _____ bis _____ Höhe _____ Euro
Zugeflossen ist das Einkommen am: _____

Aufwendungen durch mein Arbeitsverhältnis, *die mir nicht vom Arbeitgeber oder Dritten erstattet werden:*

- Kürzeste Straßenverbindung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte in _____
Die einfache Strecke beträgt: _____ km, zurückgelegt an regelmäßig _____ Arbeitstagen je Woche
- Ich habe höhere Aufwendungen, z.B. für eine Monatskarte bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (bitte Nachweise beifügen):

Hinweis:

Die mit Erzielung des Einkommens aus unselbständiger Erwerbstätigkeit verbundenen notwendigen Ausgaben (Werbungskosten) werden pauschal berücksichtigt. Der Absetzungsbetrag beträgt monatlich ein Sechzigstel der steuerrechtlichen Werbungskostenpauschale.

Entstehende Aufwendungen für die Fahrt zur Arbeitsstätte werden zusätzlich mit 0,06 Euro je km vom Einkommen abgesetzt.

Entstehend höhere notwendige Ausgaben, müssen diese nachgewiesen werden.

Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen (auch bei sonstigem Einkommen)

- | | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------|
| Gebäudeversicherung | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> ¼ jährlich | <input type="checkbox"/> ½ jährlich | <input type="checkbox"/> jährlich | _____ Euro |
| Kfz.-Versicherung
(ohne Teil-/Vollkasko) | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> ¼ jährlich | <input type="checkbox"/> ½ jährlich | <input type="checkbox"/> jährlich | _____ Euro |
| Sonstige gesetzlich
vorgeschriebene Versicherungen | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> ¼ jährlich | <input type="checkbox"/> ½ jährlich | <input type="checkbox"/> jährlich | _____ Euro |
| Geförderte Altersvorsorgebeiträge nach § 82 EStG, soweit sie den Mindesteigenbeitrag nach § 86 EStG nicht überschreiten (Beiträge zur "Riester-Rente") | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> ¼ jährlich | <input type="checkbox"/> ½ jährlich | <input type="checkbox"/> jährlich | _____ Euro |

Bitte Nachweise beifügen.

Hinweis:

Für private Versicherungen, die nach Grund und Höhe angemessen sind, wird vom Einkommen monatlich pauschal ein fester Betrag in Höhe von 30 Euro abgesetzt. Für diese Versicherungen brauchen Sie daher keine Nachweise vorzulegen.

Nur wenn Sie in der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung nicht versicherungspflichtig sind, können Beiträge zur Vorsorge für den Fall der Krankheit, der Pflegebedürftigkeit und der Altersvorsorge vom Einkommen abgesetzt werden. Hierzu sind ggf. entsprechende Nachweise beizufügen.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

ZUSATZBLATT 3

ZUR FESTSTELLUNG DES ZU BERÜCKSICHTIGENDEN VERMÖGENS NACH § 12 SGB II

Antragsteller

Name: _____ Nr. der Bedarfsgemeinschaft: _____
 Vorname: _____ Kundennummer: _____

Vermögen ist die Gesamtheit der in Geld messbaren Güter einer Person, bewertet zum Zeitpunkt der Antragstellung, soweit das Vermögen nicht später erworben wurde.

Zum Vermögen gehören – **unabhängig davon, ob es im In- oder Ausland vorhanden ist** – insbesondere Bargeld, Bank- und Sparguthaben, Wertpapiere, Bausparguthaben, Aktien und Fondsanteile ebenso wie Forderungen, bewegliches Vermögen, Haus- und Grundeigentum sowie dingliche Rechte an Grundstücken. Von Bedeutung sind Ihr eigenes Vermögen und das Vermögen der mit Ihnen im Haushalt lebenden Angehörigen bzw. Partner.

Alle Angaben über vorhandenes Vermögen und Belastungen sind grundsätzlich durch geeignete Nachweise zu belegen. Fügen Sie bitte ggf. auch eine Bescheinigung Ihres Kreditinstitutes über Gebühren und Beleihungszinsen bei.

Haben Sie, Ihr Partner oder die im Haushalt lebenden Angehörigen (vgl. Abschnitt II und III des Antrages) Freistellungsaufträge für Kapital-/Zinserträge (z.B. bei Kreditinstituten, Bausparkassen, Lebensversicherungsunternehmen, Bundes-/Landesschuldenverwaltung) erteilt? ja nein

Wenn ja:

Anzahl der Freistellungsaufträge: Antragsteller Ehegatte/Partner Gemeinsam
 Sonstige Personen _____ Name: _____
 _____ Name: _____
 _____ Name: _____

Über welche Konten bzw. Geldanlagen verfügen Sie, Ihr Ehegatte bzw. (Lebens-)Partner und weitere im Haushalt lebende Personen?

2.1 Girokonten:

Gesamtbetrag: _____ Euro – Kontoinhaber: _____
 Gesamtbetrag: _____ Euro – Kontoinhaber: _____
 Gesamtbetrag: _____ Euro – Kontoinhaber: _____
 Gesamtbetrag: _____ Euro – Kontoinhaber: _____

2.2 Bargeld:

Gesamtbetrag: _____ Euro – Inhaber: _____
 Gesamtbetrag: _____ Euro – Inhaber: _____

 ja nein ja nein

2.3 Sparbücher:

ja nein

- ◆ Gesamtbetrag: _____ Euro – Zinsen im letzten Jahr _____ Euro
Inhaber des Sparbuchs: _____
- ◆ Gesamtbetrag: _____ Euro – Zinsen im letzten Jahr _____ Euro
Inhaber des Sparbuchs: _____
- ◆ Gesamtbetrag: _____ Euro – Zinsen im letzten Jahr _____ Euro
Inhaber des Sparbuchs: _____

2.4 Sparbriefe / Sonstige Wertpapiere (z.B. Aktien, Fonds-Anteile usw.)

ja nein

- ◆ Inhaber der Geldanlage: _____
derzeitiger Wert Erträge letztes Jahr Kosten bei vorzeitiger Auflösung
_____ Euro _____ Euro Gebühr * _____ Euro
Gutschriftzinssatz _____
Beleihungzinssatz _____
- ◆ Inhaber der Geldanlage: _____
derzeitiger Wert Erträge letztes Jahr Kosten bei vorzeitiger Auflösung
_____ Euro _____ Euro Gebühr * _____ Euro
Gutschriftzinssatz _____
Beleihungzinssatz _____
- ◆ Inhaber der Geldanlage: _____
derzeitiger Wert Erträge letztes Jahr Kosten bei vorzeitiger Auflösung
_____ Euro _____ Euro Gebühr * _____ Euro
Gutschriftzinssatz _____
Beleihungzinssatz _____

2.5 Kapitallebensversicherungen / private Rentenversicherungen

ja nein

- ◆ Vertragspartner _____
Auszahlungsbetrag bei Rückkauf bisher eingezahlt Versicherungssumme:
_____ Euro _____ Euro _____ Euro
- ◆ Vertragspartner _____
Auszahlungsbetrag bei Rückkauf bisher eingezahlt Versicherungssumme:
_____ Euro _____ Euro _____ Euro
- ◆ Vertragspartner _____
Auszahlungsbetrag bei Rückkauf bisher eingezahlt Versicherungssumme:
_____ Euro _____ Euro _____ Euro

<p>2.6 Bausparverträge</p> <p>◆ Inhaber des Bausparvertrages: _____ Guthaben: _____ Euro _____</p> <p>◆ Inhaber des Bausparvertrages: _____ Guthaben: _____ Euro _____</p> <p>◆ Inhaber des Bausparvertrages: _____ Guthaben: _____ Euro _____</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p><input type="checkbox"/> Sind Sie oder eine der in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen von der Rentenversicherungspflicht befreit? Wenn ja: Dienen unter Ziffer 2. genannte Geldanlagen der Alterssicherung? Welche Person ist befreit? Bitte Befreiungsbescheid beifügen.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p><input type="checkbox"/> Verfügen Sie oder eine der im Haushalt lebenden Personen über steuerlich gefördertes Altersvorsorgevermögen? Wenn ja: Bitte aktuellen Kontostand nachweisen und Vertrag vorlegen.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p><input type="checkbox"/> Ich bzw. eine im Haushalt lebende Person oder wir gemeinsam sind Eigentümer bebauter Grundstücke und/oder Eigentumswohnungen.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Wenn ja:</p> <p>a Name des/der Eigentümer(s): _____ Grundstücksgröße: _____ qm Verkehrswert: _____ Euro Wohnfläche: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro selbst bewohnt: _____ qm Belastungen: _____ Euro</p> <p>b Name des/der Eigentümer(s): _____ Grundstücksgröße: _____ qm Verkehrswert: _____ Euro Wohnfläche: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro selbst bewohnt: _____ qm Belastungen: _____ Euro</p> <p>c Name des/der Eigentümer(s): _____ Grundstücksgröße: _____ qm Verkehrswert: _____ Euro Wohnfläche: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro selbst bewohnt: _____ qm Belastungen: _____ Euro</p>	
<p><input type="checkbox"/> Ich bzw. eine im Haushalt lebende Person oder wir gemeinsam sind Eigentümer unbebauter Grundstücke.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Wenn ja:</p> <p>a Name des/der Eigentümer(s): _____ Grundstücksgröße: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro Belastungen: _____ Euro Verkehrswert: _____ Euro</p> <p>b Name des/der Eigentümer(s): _____ Grundstücksgröße: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro Belastungen: _____ Euro Verkehrswert: _____ Euro</p>	

c Name des/der Eigentümer(s): _____ Grundstücksgröße: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro Belastungen: _____ Euro Verkehrswert: _____ Euro		
<input type="checkbox"/> Ich bzw. eine im Haushalt lebende Person oder wir gemeinsam haben sonstiges Vermögen (z.B. Edelmetalle, Antiquitäten, Gemälde usw.).		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Wert: _____ Euro Bezeichnung: _____		
<input type="checkbox"/> Sind Kraftfahrzeuge (Kfz) vorhanden? Wenn ja:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
◆ Besitzer des Kfz ist _____ amtliches Kennzeichen: _____ Fabrikat: _____ Modell: _____ Alter des Kfz _____ geschätzter Wert: _____ Euro ggf. noch bestehende Kreditverbindlichkeiten für das Kfz _____ Euro ◆ Besitzer des Kfz ist _____ amtliches Kennzeichen: _____ Fabrikat: _____ Modell: _____ Alter des Kfz _____ geschätzter Wert: _____ Euro ggf. noch bestehende Kreditverbindlichkeiten für das Kfz _____ Euro ◆ Besitzer des Kfz ist _____ amtliches Kennzeichen: _____ Fabrikat: _____ Modell: _____ Alter des Kfz _____ geschätzter Wert: _____ Euro ggf. noch bestehende Kreditverbindlichkeiten für das Kfz _____ Euro		
<input type="checkbox"/> Wurde Vermögen im In- oder im Ausland verschenkt oder gespendet oder auf eine andere Person übertragen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Höhe: _____ Euro Zeitpunkt des Ereignisses: _____ Verwendungszweck _____ Höhe: _____ Euro Zeitpunkt des Ereignisses: _____ Verwendungszweck/Empfänger _____		

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffen. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen. _____ Ort / Datum Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin _____ Ort / Datum Unterschrift des Partners / der Partnerin des Antragstellers / der Antragstellerin	Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen bei den Fragen zu den Punkten _____ _____ Ort / Datum Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin Hz. Antragsannehmer / Datum / Org.E. _____
---	--

ZUSATZBLATT 4 ZUR EINTRAGUNG WEITERER ANGEHÖRIGER

Das Zusatzblatt ist zu verwenden, wenn die dafür vorgesehenen Felder in den **Abschnitten III, VI und VII** im Antragsvordruck wegen der Anzahl der im Haushalt lebenden Angehörigen nicht ausreichen.

Ergänzende Angaben zu Abschnitt III des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes - Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller in einem Haushalt lebenden weiteren Personen -

Die weiteren Angehörigen in der Reihenfolge des Geburtsdatums sind einzutragen.

	⑥	⑦	⑧
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/ Partner(in)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
Berechtigte(r) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen
Auszubildender - auch in Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als _____
Name u. Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw Angabe der Schule	_____	_____	_____
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.
Mögliche Ausschlussgründe	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

