

Antrag auf Gewährung von Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II

- Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)

Antrag ausgegeben am
Antragsrückgabe bis/ am
Eingang am
Kundennummer
Aktenzeichen
Der/Die Antragsteller(in) ist
<input type="checkbox"/> Ausländer(in), Asylbewerber
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderter

Name der Person, die Grundsicherung für Arbeitsuchende erhalten soll

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I).

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz
© by REPC-PRINT-VERLAG
56321 Rhens

JUNGLING-VERLAG
Bestell-Nr. 400 411 1001 418
Tel. 0 89 / 3 74 36 - 0, Fax 0 89 / 3 74 36 - 3 44 - service@juenglingverlag.de
0703

1	I. Persönliche Verhältnisse:	des Antragstellers /der Antragstellerin Er/Sie ist <input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> alleinerziehende(r) Mutter/Vater	des Partners/der Partnerin, also des <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners <input type="checkbox"/> Partner/Person im gemeinsamen Haushalt
2	Familienname (ggf. Geburtsname angeben)		
3	Vorname(n)		
4	Wohnanschrift: PLZ, Ort		
5	Straße, Haus-Nr.		
6	Telefon/E-Mail (freiwillige Angaben)		
7	Geburtsdatum		
8	Geburtsort/Kreis		
9	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> verwitwet
10	wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils	seit	seit
11	Ausbildung/Beruf		
12	Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:
13	Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status		
14	a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
15	b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig seit
16	c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
17	d) Aufenthaltsgestattung (Asylbewerber)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig seit
18	e) Arbeitsgenehmigung erteilt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
19	Ausweispapiere: Art und Nummer	<input type="checkbox"/> PersAusweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.	<input type="checkbox"/> PersAusweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.
20	Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde		
21	Bei Spätaussiedlern: Bescheinigung nach § 15 BVFG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
22	Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde		
23	Behinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja GdB	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja GdB
24	• Art der Behinderung	vom Behörde Merkzeichen	vom Behörde Merkzeichen
25	• Schwerbehindertenausweis		
26	Stationäre Unterbringung i. S. von § 7 Abs. 4 SGB II (z. B. Heim, Werkstatt für Behinderte, Tagesstätte)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit Zuweisung von bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit Zuweisung von bis
27	Ist ein Betreuer bestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit
28	Wirkungskreis der Betreuung		
29	Name Anschrift des Betreuers		

* Nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG.

II. Familienverhältnisse: Außer dem/der Antragsteller(in) und seinem/ihrer Ehegatten/Lebenspartner*/Partner/Person im gemeinsamen Haushalt leben noch in der **Haushaltsgemeinschaft**

	1	2	3	4
33 Familienname (ggf. Geburtsname)				
34 Vorname(n)				
35 Geburtsdatum				
36 Geburtsort/Kreis / Land				
37 Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
38 Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status	<input type="checkbox"/> gültig bis	<input type="checkbox"/> gültig bis	<input type="checkbox"/> gültig bis	<input type="checkbox"/> gültig bis
39 a) Duldung	<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
40 b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> gültig seit	<input type="checkbox"/> gültig seit	<input type="checkbox"/> gültig seit	<input type="checkbox"/> gültig seit
41 c) Aufenthaltserlaubnis	<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
42 d) Aufenthaltsgestattung (Asylbewerber)	<input type="checkbox"/> gültig seit	<input type="checkbox"/> gültig seit	<input type="checkbox"/> gültig seit	<input type="checkbox"/> gültig seit
43 e) Arbeitsgenehmigung	<input type="checkbox"/> gültig bis	<input type="checkbox"/> gültig bis	<input type="checkbox"/> gültig bis	<input type="checkbox"/> gültig bis
44 Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver- witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver- witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver- witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver- witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*
45 Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller(in)				
46 (bei Kindern): Schule u. derzeitige Klasse				
47 Ausbildung/Beruf				
48 Derzeit ausgeübte Art der Tätigkeit				
49 Arbeitgeber				
50 Bei Arbeitslosen: arbeitslos seit	Datum	Datum	Datum	Datum
51 Erwerbsfähigkeit (Angabe nur erforderlich ab vollendeten 15. Lebensjahr)	Kann der/die Haushaltsangehörige nach Ihrer Einschätzung <u>mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit</u> am allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?			
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
52 Bei anderen Nichterwerbstätigen: Grund der Nichterwerbstätigkeit				
53 Stationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von bis
54 Ist ein Vormund/Betreuer/Beistand bestellt?	<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
55 Name, Anschrift, Vormund/Betreuer/Bescheid				
56 Kundennummer Bundesagentur für Arbeit (falls vorhanden)				

Die folgenden Angaben sind nur erforderlich für Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben

Krankenversicherung

57 Familienversichert über	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) <input type="checkbox"/> Partner des Antragstellers	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) <input type="checkbox"/> Partner des Antragstellers	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) <input type="checkbox"/> Partner des Antragstellers	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) <input type="checkbox"/> Partner des Antragstellers
58 Eigene Krankenversicherung (auch Privatversicherung)	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> ja, bei
59 Versicherungsnummer				

Rentenversicherung

60 Versicherungsträger				
61 Rentenversicherungsnummer				
62 Rente wurde	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt weil	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt weil	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt weil	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt weil

Die am Rand markierten Zeilen sind nur für Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft auszufüllen.

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz
© by REPRIC-PRINT VERLAG
56321 Rhens

0703
Jungling-gbb
Bestell-Nr. 400 411 1001 418
Tel. 0 89 / 3 74 36 - 0, Fax 0 89 / 3 74 36 - 3 44 - service@junglingverlag.de

III. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft mit Antragsteller(in), seinem/ihrer Partner sowie der Personen unter II

Zutreffendes ankreuzen!

	1	2	3	4
63	Familienname, ggf. Geburtsname der/des Unterhaltspflichtigen			
64	Vorname(n)			
65	Geburtsdatum			
66	Geburtsort			
67	Staatsangehörigkeit			
68	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*
69	Verwandtschaftsverhältnis z. Antragsteller oder anderen Berechtigten			
70	Wohnanschrift: PLZ, Ort,			
71	Straße, Nr.			
72	Arbeitgeber Name, Anschrift			
73	(wenn Rentenempfänger) Art der Rente			
74	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> Sonstiges

IV. Einkommensverhältnisse des/der Antragstellers(in) und der im Haushalt in Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen:

(Nachweis über Art u. Höhe d. Einkünfte z.B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonst. Sozialleist. beifügen.)

	Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner/Person im gemeinsamen Haushalt EUR	Zur Bedarfsgemeinschaft gehörende Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76	Einkommen aus Nichtselbstständiger Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)					
77	Gewerbe/Handel/Freiberufe					
78	Land- und Forstwirtschaft					
79	Vermietung und Verpachtung					
80	Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden usw.)					
81	Arbeitslosengeld nach SGB III					
82	Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit					
83	Sozialhilfe nach SGB XII					
84	Leistungen der Krankenversicherung					
85	Leistungen der Pflegeversicherung					
86	Mutterschaftsgeld					
87	Leistungen für Kinder					
88	Kindergeld					
89	Kindergeld-Nummer					
90	Kinderzulage					
91	Erziehungsgeld					
92	Unterhalt nach BGB/LPartG					
93	Unterhaltsvorschuss nach UVG					
94	Unterhaltssicherung nach USG					
95	Wohngeld					
96	Leibrenten					
97	Renten/Pensionen					
	Altersrente					
98	Erwerbsminderungsrente					

Die am Rand markierten Zeilen sind nur für Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft auszufüllen.

X Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz
 © by REPRO-PRINT VERLAG
 56321 Rhens

Jungling gbb
 Best.-Nr. 400 411 1001 418
 Tel. 0 89 / 3 74 36 - 0, Fax 0 89 / 3 74 36 - 3 44 - service@junglingverlag.de
 0703

Art des Einkommens monatlich	Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner/Person im gemeinsamen Haushalt EUR	Zur Bedarfsgemeinschaft gehörende Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
99 Witwen/Witwerrente						
100 Waisenrente						
101 Landwirtschaftliches Altersgeld						
102 Knappschaftsrente						
103 Betriebsrente						
104 Zusatzrente						
105 Unfallrente						
106 Sonstige Renten						
107 Sonstige Renten						
108 Sonstige Renten						
109 Pensionen						
110 LAG Leistungen Unterhaltsbeihilfe						
111 Ausgleichsrente						
112 Entschädigungsrente						
113 BVG Grundrente						
114 BAFöG-Leistungen						
115 Blindengeld						
116 Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler						
117 Übergangsgeld						
118 Steuerrückerstattung						
119 Schadensersatzleistung						
120 Sonstiges						
121 Sonstiges						

V. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen!)

	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner/Person im gemeinsamen Haushalt	Zur Bedarfsgemeinschaft gehörende Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
122 Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123 Ausgaben	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
124 Steuern auf Einkommen einschl. Soli						
125 Kranken-/Pflegeversicherung						
126 Arbeitslosenversicherung						
127 Rentenversicherung						
128 Altersvorsorgebeiträge						
129 Beiträge zu Privatversicherungen § 3 Nr. 1 Alg II-Verordnung ¹⁾						
130 Pauschbetrag nach § 3 Nr. 2 Alg II-Verordnung						
131 Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens ²⁾ § 3 Nr. 3 Alg II-Verordnung – Werbungskostenpauschale						
132 – Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
133 – benutztes Verkehrsmittel						
134 – Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
135 Sonstiges						
136 Sonstiges						
137 Sonstiges						
138 Sonstiges						

1) Für private Versicherungen, die nach Grund und Höhe angemessen sind, werden monatlich pauschal 30 € vom Einkommen abgesetzt. Für derartige Versicherungen müssen keine Nachweise beifügt werden.
 2) Es gelten die jeweiligen Pauschbeträge nach § 3 Nr. 3 Alg II-Verordnung für unselbstständige oder selbstständige Erwerbstätigkeit. Die Beträge werden bei Zweifelsfällen bei der zuständigen Behörde von Amts wegen berücksichtigt.
 Die am Rand markierten Zeilen sind nur für Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft auszufüllen.

VI. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstige Vermögen (Bitte Nachweise beifügen!)

	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner/Person im gemeinsamen Haushalt	Zur Bedarfsgemeinschaft gehörende Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
139	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Vermögen						
Art des Vermögens	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
140 Bargeld						
141 Bank-/Sparguthaben Kreditinstitut						
142 – Kontonummer						
143 – Vertragsnummer						
144 – Einlagewerte						
145 Wertpapiere /Depots Art der Einlage /Wert						
146 Freistellungsaufträge bei Zinsbesteuerung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über _____ €
147 Bausparverträge wenn 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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
148 - bei						
149 - Guthaben						
150 - Vertragsnummer						
151 Lebensversicherungen (bei "Ja" Zeilen 198 bis 202 beachten)	<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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
152 Hauseigentum – Grundbesitz						
153 – Haus/Eigentumswohnung						
154 • Größe Grundstück/m ²						
155 • Größe Haus/m ²						
156 • Anzahl Wohnungen						
157 • Verkehrswert						
158 Sonstiger Grundbesitz						
159 • Art/Nutzung						
160 • Verkehrswert						
161 • Sonstiges						
162 Kraftfahrzeug(e)/Halter						
163 Marke/Typ						
164 Kennzeichen						
165 Erstzulassung						
166 geschätzter Wert						
167 Staatlich gefördertes Altersvorsorgevermögen						
168 Ansprüche aus Übertragungs- verträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)						
169 Sonstiges Vermögen						

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz
© by REPC-PRINT VERLAG
56321 Rhens

Jungling gbb
Bestell-Nr. 400 411 1001 418
Tel. 0 89 / 3 74 36 - 0 Fax 0 89 / 3 74 36 - 3 44 - service@junglingverlag.de
0703 Jungling-Verlag

VII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte

1. Vermögensübertragungen

170 Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor nein ja, siehe beigefügten Vertrag/Urkunde
Antragstellung auf andere Personen übertragen
Bemerkungen

171 (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?

2. Nicht geklärte oder streitige Ansprüche

172 Glaubt der/die Antragsteller(in) oder sein/ihr Partner(in) weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen noch Leistungen
möglich wären?

173 Nein Ja, und zwar aus der Sozialversicherung aus Krankheit aus Unfall gegenüber einem
(früheren) Arbeitgeber

173 als Kriegsbeschädigte(r) aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____

174 Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt? _____

175 Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig? nein ja, bei _____ Az. _____

Die am Rand markierten Zeilen sind nur für Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft auszufüllen.

3. Versicherungs- und Versorgungsansprüche

Kranken- und Pflegeversicherung		des/der Antragsteller(in)	des/der Partners(in)												
176	<input type="checkbox"/> Es besteht eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versichert als	bei _____ seit wann? Datum _____	_____ seit wann? Datum _____												
177		<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> familienversichert über _____	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> familienversichert über _____												
178	<input type="checkbox"/> Derzeit besteht keine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung • bei <u>getrennt lebenden</u> Ehegatten/Lebenspartner • bei Personen die das <u>23. Lebensjahr noch nicht vollendet</u> haben.	<input type="checkbox"/> Bisher nicht krankenversichert <input type="checkbox"/> Bisher privat krankenversichert	<input type="checkbox"/> Bisher nicht krankenversichert <input type="checkbox"/> Bisher privat krankenversichert												
zusätzlich (zur Prüfung evtl. Familienversicherungen)															
Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner		Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner													
179		Name _____	Name _____												
180		Vorname _____	Vorname _____												
181		Kranken-Vers. _____	Kranken-Vers. _____												
182		Versicherungs-Nr. _____	Versicherungs-Nr. _____												
Angaben zum Vater		Angaben zum Vater													
183		Name _____	Name _____												
184		Vorname _____	Vorname _____												
185	Kranken-Vers. _____	Kranken-Vers. _____													
186	Versicherungs-Nr. _____	Versicherungs-Nr. _____													
Angaben zur Mutter		Angaben zur Mutter													
187	Name _____	Name _____													
188	Vorname _____	Vorname _____													
189	Kranken-Vers. _____	Kranken-Vers. _____													
190	Versicherungs-Nr. _____	Versicherungs-Nr. _____													
Rentenversicherung															
191	Besteht ein Rentenanspruch?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____												
192	Rentenversicherungsnummer	_____	_____												
193	Rente wurde	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bewilligt ab _____	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bewilligt ab _____												
194	Wurden Beiträge zur Rentenversicherung freiwillig entrichtet?	<input type="checkbox"/> abgelehnt, weil _____	<input type="checkbox"/> abgelehnt, weil _____												
195	Für welchen Monat/Kalenderjahr wurden zuletzt Beiträge gezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____												
196	Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____												
Lebensversicherung/private Altersvorsorge															
198	Es bestehen keine Lebensversicherungs- oder Altersvorsorgeversicherungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
199	Es bestehen derartige oder ähnliche Versicherungen oder Anlageformen	<table border="1"> <tr><td>Vertragspartner/Gesellschaft</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Vers. Summe</td><td>bisher eingezahlt _____</td></tr> <tr><td>Rückkaufwert</td><td>nach Stand vom _____</td></tr> </table>	Vertragspartner/Gesellschaft	_____	Vers. Summe	bisher eingezahlt _____	Rückkaufwert	nach Stand vom _____	<table border="1"> <tr><td>Vertragspartner/Gesellschaft</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Vers. Summe</td><td>bisher eingezahlt _____</td></tr> <tr><td>Rückkaufwert</td><td>nach Stand vom _____</td></tr> </table>	Vertragspartner/Gesellschaft	_____	Vers. Summe	bisher eingezahlt _____	Rückkaufwert	nach Stand vom _____
Vertragspartner/Gesellschaft	_____														
Vers. Summe	bisher eingezahlt _____														
Rückkaufwert	nach Stand vom _____														
Vertragspartner/Gesellschaft	_____														
Vers. Summe	bisher eingezahlt _____														
Rückkaufwert	nach Stand vom _____														
200		<table border="1"> <tr><td>Vertragspartner/Gesellschaft</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Vers. Summe</td><td>bisher eingezahlt _____</td></tr> <tr><td>Rückkaufwert</td><td>nach Stand vom _____</td></tr> </table>	Vertragspartner/Gesellschaft	_____	Vers. Summe	bisher eingezahlt _____	Rückkaufwert	nach Stand vom _____	<table border="1"> <tr><td>Vertragspartner/Gesellschaft</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Vers. Summe</td><td>bisher eingezahlt _____</td></tr> <tr><td>Rückkaufwert</td><td>nach Stand vom _____</td></tr> </table>	Vertragspartner/Gesellschaft	_____	Vers. Summe	bisher eingezahlt _____	Rückkaufwert	nach Stand vom _____
Vertragspartner/Gesellschaft	_____														
Vers. Summe	bisher eingezahlt _____														
Rückkaufwert	nach Stand vom _____														
Vertragspartner/Gesellschaft	_____														
Vers. Summe	bisher eingezahlt _____														
Rückkaufwert	nach Stand vom _____														
201		<table border="1"> <tr><td>Vertragspartner/Gesellschaft</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Vers. Summe</td><td>bisher eingezahlt _____</td></tr> <tr><td>Rückkaufwert</td><td>nach Stand vom _____</td></tr> </table>	Vertragspartner/Gesellschaft	_____	Vers. Summe	bisher eingezahlt _____	Rückkaufwert	nach Stand vom _____	<table border="1"> <tr><td>Vertragspartner/Gesellschaft</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Vers. Summe</td><td>bisher eingezahlt _____</td></tr> <tr><td>Rückkaufwert</td><td>nach Stand vom _____</td></tr> </table>	Vertragspartner/Gesellschaft	_____	Vers. Summe	bisher eingezahlt _____	Rückkaufwert	nach Stand vom _____
Vertragspartner/Gesellschaft	_____														
Vers. Summe	bisher eingezahlt _____														
Rückkaufwert	nach Stand vom _____														
Vertragspartner/Gesellschaft	_____														
Vers. Summe	bisher eingezahlt _____														
Rückkaufwert	nach Stand vom _____														
202		<table border="1"> <tr><td>Vertragspartner/Gesellschaft</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Vers. Summe</td><td>bisher eingezahlt _____</td></tr> <tr><td>Rückkaufwert</td><td>nach Stand vom _____</td></tr> </table>	Vertragspartner/Gesellschaft	_____	Vers. Summe	bisher eingezahlt _____	Rückkaufwert	nach Stand vom _____	<table border="1"> <tr><td>Vertragspartner/Gesellschaft</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Vers. Summe</td><td>bisher eingezahlt _____</td></tr> <tr><td>Rückkaufwert</td><td>nach Stand vom _____</td></tr> </table>	Vertragspartner/Gesellschaft	_____	Vers. Summe	bisher eingezahlt _____	Rückkaufwert	nach Stand vom _____
Vertragspartner/Gesellschaft	_____														
Vers. Summe	bisher eingezahlt _____														
Rückkaufwert	nach Stand vom _____														
Vertragspartner/Gesellschaft	_____														
Vers. Summe	bisher eingezahlt _____														
Rückkaufwert	nach Stand vom _____														
Beamten- und versorgungsrechtliche Ansprüche (auch Soldaten oder Richter)															
203	Es bestehen beamtenrechtliche Versorgungsansprüche/Beihilfeansprüche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegenüber _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegenüber _____												
204		_____	_____												
205		AZ _____	AZ _____												

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz © by REPRIC-PRINT VERLAG 56321 Rhens

0703 Jungling-gbb Bestell-Nr. 400 411 1001 418 Tel. 0 89 / 3 74 36 - 0 Fax 0 89 / 3 74 36 - 3 44 - service@juenglingverlag.de

VIII. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft

1. Miete (Bitte Nachweise beifügen!)

206	Zahl der Personen in der Wohnung:	Anzahl _____	Person(en) _____	Wohnfläche:	m ² _____	davon untervermietet:	m ² _____
207	Gesamtkosten der Unterkunft:						EUR _____
208	davon Kaltmiete:						EUR _____
209	Nebenkosten:						EUR _____
210	Heizungskosten:						EUR _____
211	Einnahmen aus Untervermietung						EUR _____
212	Sind in den angegebenen Beträgen – Kosten für Kochfeuerung enthalten ?						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von _____ EUR
213	– Kosten für Warmwasserbereitung enthalten ?						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von _____ EUR

2. Haus-/Wohneigentum (Bitte Nachweise beifügen!)

Soweit Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten/Belastungen zu erstellen (Rentabilitätsberechnung).

3. Sonstige Angaben zur Unterkunft

214	Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits gezahlt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
215	Bestehen Mietschulden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	EUR
216	Bestehen Schulden für Energielieferungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	EUR
217	Falls derartige Schulden bestehen: Hat der jeweilige Gläubiger bereits gerichtliche oder sonstige Schritte unternommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
218				
219	Wohngeld wurde	<input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> abgelehnt am	<input type="checkbox"/> bewilligt ab
Evtl. bereits gezahltes Wohngeld ist unter Abschnitt IV als Einkommen einzusetzen!				
220	Miete (einschl. Nebenkosten) soll unmittelbar an den Vermieter gezahlt werden.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	Name, Anschrift Vermieter
221	Bankverbindung des Vermieters	Kto.-Nr.	BLZ	Kreditinstitut

IX. Arbeits- und Erwerbsverhältnisse

Erwerbsstatus	Antragsteller(in)	Partner(in) des/der Antragstellers(in)
Umfang der Erwerbstätigkeit	Können Sie - nach Ihrer Einschätzung - <u>mindestens drei Stunden täglich</u> einer Erwerbstätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?	Kann der/die Partner(in) nach Ihrer Einschätzung <u>mindestens drei Stunden täglich</u> einer Erwerbstätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?
222	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
223	Falls „nein“, aus welchem Grund?	
224	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Krankheit
225	<input type="checkbox"/> Behinderung	<input type="checkbox"/> Behinderung
226	<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeit
227	<input type="checkbox"/> Aus- und Fortbildung	<input type="checkbox"/> Aus- und Fortbildung
228	<input type="checkbox"/> häusliche Bindung (Kindererziehung, Pflege von Angehörigen)	<input type="checkbox"/> häusliche Bindung (Kindererziehung, Pflege von Angehörigen)
229	<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe (bitte erläutern)	<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe (bitte erläutern)
230	Arbeitslos	
231	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit
232	bisherige Kunden-Nr. der BA	
233	bisher betreut durch Agentur für Arbeit in	
Zusätzliche Angaben zur Prüfung einer evtl. Anspruches auf einen befristeten Zuschlag		
234	Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld	Datum
235	zuletzt bezogenes Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich
236	zuletzt gezahltes Wohngeld	vom bis
237	Sperrzeiten festgesetzt	vom bis
238	Anspruch auf Arbeitslosengeld ist dadurch erloschen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
239	Erwerbstätig als	
240	Name und Anschrift d. Arbeitgebers	vom bis
241	Ausbildung/Studium mit Anspruch dem Grunde nach auf BAB/BAföG	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als
242	Ausbildungsträger/Schule/Institution	vom bis

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz © by REPC-PRINT-VERLAG 56321 Rhens

Jungling-gbb 0703 Bestell-Nr. 400 411 1001 418 Tel. 0 89 / 3 74 36 - 0 Fax 0 89 / 3 74 36 - 3 44 - service@junglingverlag.de

X Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz
© by REPRIC-PRINT-VERLAG
56321 Rhens

0703
Bestell-Nr. 400 411 1001 418
Jungling-gbb
Tel. 0 89 / 3 74 36 - 0 Fax 0 89 / 3 74 36 - 3 44 - service@junglingverlag.de

X. Sonstiges:			
243	Wurde bereits früher Arbeitslosenhilfe nach AFG oder SGB III (altes Recht) oder eine andere Leistung der Agentur für Arbeit bezogen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom	bis
244		von Agentur für Arbeit in	Kunden-Nr.
245	Wurde bereits früher Sozialhilfe nach dem BSHG oder Grundsicherung nach dem GSIG 2001 (altes Recht) bezogen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom	bis
246		Behörde	
247	Wurden früher sonstige öffentliche Mittel zur Sicherung des Lebensunterhalts gezahlt (Unterhaltshilfen nach den LAG; KOF nach dem BVG etc.)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom	bis
248		Behörde	
249	Sonstige Bemerkungen, Erläuterungen zum Antrag		

250	Besteht eine Schwangerschaft bei der Antragstellerin/Partnerin oder einer anderen zur Bedarfsgemeinschaft gehörenden Person? (Angaben freiwillig)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	
251		in der	Schwangerschaftswoche (Ärztliche Bescheinigung, Kopie Mutterpass beifügen)
252	Bedarf der/die Antragsteller(in), Partner(in) oder eine andere zur Bedarfsgemeinschaft gehörende Person einer kostenaufwändigeren Ernährung infolge Krankheit oder Behinderung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name(n)
253		Ärztliche Bescheinigung lt. Vordruck beifügen!	

XI. Bankverbindung: Girokonto des Antragstellers:		
254	Empfänger	Konto-Nummer
255	Kreditinstitut	Bankleitzahl

Hinweis: Die Leistungen können auch an Ihren Wohnort übersandt werden (z. B. Post-Baranweisung). Sie sind allerdings im Regelfall mit Kosten für Sie verbunden. Eine kostenfreie Übermittlung ist nur möglich, wenn Sie nachweisen, dass Sie kein Griokonto eröffnen können, weil ein Geldinstitut dies abgelehnt hat (§ 42 SGB II).

Erklärung des/der Antragstellers(in) und seines/ihrer Ehegatten/Lebenspartners/Partners in verfestigter Lebensgemeinschaft:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und der Leistungsträger deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Leistungsträger übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können. Das Formblatt »Ausfüllhilfe zum Antragsvordruck« habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person dem Leistungsträger über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat der Leistungsträger diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf er diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

Hinweis: Da der/die Antragsteller(in) die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende für sich und Angehörige beantragt hat, wird von der gesetzlichen Vermutung ausgegangen, dass er/sie auch die Vertretung der Bedarfsgemeinschaft übernommen hat (§ 38 SGB II). Diese Vermutung gilt nicht mehr, sobald diese Mitglieder einer Bedarfsgemeinschaft gegenüber den nach dem SGB II zuständigen Leistungsträgern erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen.

256	Ort, Datum	Unterschrift des/der Antragstellers(in) oder seines/ihrer gesetzl. Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/ Partner/Person im gemeinsamen Haushalt
-----	------------	---	---

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

257	Unterschrift Antragsteller(in)	Unterschrift des Aufnehmenden
-----	--------------------------------	-------------------------------