

3. Familienstand und Wohnsituation

3a Familienstand

- ledig verheiratet verwitwet geschieden dauernd getrennt lebend
 gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft eingetragen aufgehoben seit

3b Wohnsituation

- ich wohne alleine -> *Wenn Sie allein leben, bitte weiter bei Abschnitt 4*
 ich wohne zusammen mit (*Mehrfachnennung möglich*)
 meiner/meinem nicht dauernd getrennt lebenden Ehegattin/Ehegatten,
 meiner/meinem nicht dauernd getrennt lebenden eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerin/Lebenspartner,
 meiner Partnerin/meinem Partner in Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft
 einem unverheirateten Kind unter 25 Jahren oder mehreren Kindern,
 meinen Eltern bzw. einem Elternteil oder dessen Partner (nur anzukreuzen, wenn Sie unter 25 Jahre alt sind)?

Persönliche Daten der weiteren Person/en meiner Bedarfsgemeinschaft

Berücksichtigen Sie hier die Personen, die außer Ihnen zur Bedarfsgemeinschaft gehören. Da Sie die Leistungen beantragen, wird davon ausgegangen, dass Sie die Vertretung Ihrer Bedarfsgemeinschaft übernommen haben. Dies gilt nicht mehr, wenn über 15-jährige Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Jobcenter erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen (§ 38 SGB II). Zu den nicht vertretenden Personen sind hier keine Angaben erforderlich.

Bitte füllen Sie für jedes Kind unter 15 Jahren die **Anlage KI** und für alle anderen Personen, die Sie vertreten jeweils die **Anlage WEP** aus. Dies gilt auch dann, wenn es sich hierbei um ein minderjähriges Kind handelt, dass sich nicht durchgehend in Ihrem Haushalt aufhält (z.B. aufgrund des geteilten Umgangsrechts)

- dem Antrag werden Anlage/n KI und Anlage/n WEP beigefügt

Personen in der Haushaltsgemeinschaft

Wohnen in Ihrem Haushalt auch Personen, die ggf. nicht zur Bedarfsgemeinschaft, jedoch zur **Haushaltsgemeinschaft** gehören? ja nein

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

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

4. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung

4a Haben Sie für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen? ja nein

Wenn ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

4b Haben Sie bereits Leistungen bei einem anderen Sozialleistungsträger beantragt oder von diesem bezogen? ja nein

Wenn ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

4c Sind Sie Spätaussiedler und besitzen noch nicht die deutsche Staatsangehörigkeit? ja nein

Wenn ja, legen Sie bitte den Aufnahmebescheid vor.

4d Sind Sie Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz? **6** ja nein

Wenn ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z.B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung) vor.

4e Hat die Deutsche Rentenversicherung bei Ihnen eine Erwerbsunfähigkeit festgestellt? **7** ja nein

Wenn ja besteht möglicherweise für Sie kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II.

Sie können in diesem Fall Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen.

4f Ich bin Schülerin/Schüler, Student/Studentin oder Auszubildende/Auszubildender ja nein

Wenn ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor (z.B. Schulbescheinigung, gültige Studienbescheinigung, Ausbildungsvertrag, Bescheid oder Ablehnungsbescheid für BAB oder BAföG)

Beginn Ende (Tag/Monat/Jahr)

Sind Sie während der Ausbildung in einem Wohnheim, Internat, einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen oder beim Ausbilder mit voller Verpflegung oder anderweitig mit Kostenerstattung für Unterkunft und Verpflegung untergebracht? ja nein
Wenn ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

4g Befinden Sie sich zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung? 9 ja nein
(z.B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt)
Wenn ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und dessen Dauer vor.

Art der stationären Einrichtung

Dauer der Unterbringung (von – bis)

5. Angaben zu den Kosten für Unterkunft und Heizung

Entstehen Ihnen Kosten für Unterkunft und Heizung? ja nein
Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage KdU** aus.

6. Angaben zur Prüfung eines Mehrbedarfs

Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, sofern Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten

6a Sind Sie alleinerziehend? ja nein

6b Schwangere haben einen Anspruch auf Mehrbedarf? 15
Geben Sie bitte den voraussichtlichen Entbindungstermin an (Tag/Monat/Jahr)
Bitte legen Sie geeignete Nachweise vor

6c Benötigen Sie aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändigere Ernährung? 16 ja nein
Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage MEB** aus.

6d Haben Sie eine Behinderung und erhalten Sie folgende Leistungen? 17 ja nein
Wenn ja, legen sie bitte den aktuellen Bewilligungsbescheid vor.

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

6e Sind Sie **nicht erwerbsfähig** 6 und Inhaber eines Ausweises (nach § 69 Abs. 5 SGB IX) mit dem **Merkzeichen G** 18? Legen Sie bitte den entsprechenden amtlichen Ausweis vor. ja nein

6f Besteht bei Ihnen ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf aufgrund eines besonderen Lebensumstands 19 (z.B. Kosten für den Besuch eines außerhalb der Bedarfsgemeinschaft lebenden Elternteils, Kosten für Schulbücher)? ja nein
Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage BB** aus.

7. Angaben zu den Einkommensverhältnissen 20

Erzielen Sie Einkommen? ja nein
Falls ja, füllen Sie bitte für sich und ggf. für jede weitere Person der Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren jeweils **Anlage EK** aus.
Bei Einkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte zusätzlich die **Anlage EKS** aus.

8. Angaben zu den Vermögensverhältnissen 21

Besitzen Sie Vermögen? ja nein
Tragen Sie bitte die Angaben zu allen Personen der Bedarfsgemeinschaft in der **Anlage VM/Selbstauskunft** ein.
Füllen Sie bitte auch die Anlage VM aus, wenn Sie kein Vermögen besitzen.

9. Vorrangige Ansprüche 22

9a Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit 23

Wenn Sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) bereits beantragt haben, tragen Sie dies bitte in **9d** ein. Sollte das Arbeitslosengeld aktuell bereits bewilligt sein, tragen Sie dies bitte in der **Anlage EK** ein, auch dann wenn eine Sperrzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben unter 9a machen.

Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung eines vorrangigen Anspruchs auf Arbeitslosengeld.

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung (Mehrfachnennung möglich)

war ich sozialversicherungspflichtig beschäftigt, habe ich Wehr- oder Zivildienst geleistet,

war ich selbständig,

habe ich Angehörige gepflegt (Pflege im Sinne des SGB XI)

habe ich Entgeltersatzleistungen (z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem SGB III) bezogen,

Tragen Sie bitte die entsprechenden Zeiträume ein:

| von | bis | Arbeitgeber/Behörde/Leistungsträger | beschäftigt/tätig als/Leistung |
|----------------------|----------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

9b Ansprüche gegenüber Arbeitgebern

Erheben Sie Ansprüche gegenüber einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (z.B. Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (z.B. bei noch ausstehenden Abfindungen)? ja nein

Arbeitgeber:

Anschrift:

Grund:

Gericht (Name und Ort):

Aktenzeichen:

9c Ansprüche gegenüber Dritten

Haben Sie (mögliche) Ansprüche gegenüber Dritten (z.B. Unterhaltsverpflichtete, Schädiger (z.B. aus einem Unfall))? ja nein

Wenn ja, bitte die nachstehenden Fragen beantworten.

Leben Sie bzw. Ihre jetzige Partnerin/Ihr jetziger Partner von dem Ehepartner bzw. Eingetragenen Gleichgeschlechtlichen Lebenspartner getrennt? ja nein

Bitte füllen Sie die **Anlage UH 1** aus.

Waren Sie bzw. Ihre jetzige Partnerin/Ihr jetziger Partner bereits verheiratet und wurde diese Ehe geschieden bzw. diese eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft ausgehoben? ja nein

Bitte füllen Sie die **Anlage UH 1** aus.

Ist ein nicht verheiratetes/nicht in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebens-Partnerschaft lebendes Mitglied Ihrer Bedarfsgemeinschaft schwanger oder wird ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren betreut und kann deshalb nicht arbeiten? ja nein

Bitte füllen Sie die **Anlage UH 2** aus.

Ist ein Kind in Ihrem Haushalt unter 18 Jahre alt bzw. zwischen 18 und 24 Jahre als und macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen und ein Elternteil dieser Person lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft? ja nein

Bitte füllen Sie die **Anlage UH 3** aus

Sind Sie bzw. Ihre jetzige Partnerin/Ihr jetziger Partner unter 18 Jahre alt bzw. zwischen 18 und 24 Jahre als und machen/macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen und mindestens ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft? ja nein

Bitte füllen Sie die **Anlage UH 4** aus.

Haben Sie einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z.B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung und sind Sie dadurch hilfebedürftig geworden? ja nein

Bitte füllen Sie die **Anlage UF** aus.

Haben Sie einen Anspruch gegenüber Dritten (z.B. aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen)? ja nein

Bezeichnung des Anspruchs

Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach.

9d Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen 25

Haben Sie (mögliche) Ansprüche auf andere (Sozial-) Leistungen (z.B. Wohngeld, Rente, Kindergeld, Kinderzuschlag, Elterngeld, Mutterschaftsgeld, Ausbildungsförderung)? ja nein

Leistungsart:

Antrag gestellt?

 ja nein

Sozialleistungsträger/Familienkasse

Antragsdatum:

Leistungen beantragt ab:

Name der Person für die Leistungen beantragt wurden

10. Kranken- und Pflegeversicherung 26

10a Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Sind Sie oder waren Sie zuletzt bei einer **gesetzlichen** Kranken- und Pflegeversicherungspflicht- oder familienversichert? ja nein

Name und Sitz der Krankenkasse

Krankenversichertennummer

Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor. Ersatzweise können Sie auch Ihre gültige Krankenversichertenkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte vorlegen.

Soweit derzeit eine Familienversicherung besteht, wünschen Sie künftig eine Pflichtversicherung 27 bei

der bisherigen Krankenkasse einer anderen Krankenkasse 28

Name und Sitz der Krankenkasse

Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Krankenkassenwahl 28 vor, wenn Sie die Krankenkasse wechseln wollen.

10b Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

Sind Sie privat oder freiwillig gesetzlich versichert? ja nein

Bitte füllen Sie die **Anlage SV**, Abschnitt 2 aus

Sind Sie nicht versichert?

ja nein

Bitte füllen Sie die **Anlage SV**, Abschnitt 3 aus

11. Leistungen für Bildung und Teilhabe

Die Leistungen für Bildung und Teilhabe nach § 28 SGB II gelten mit diesem Antrag als gestellt und können nur erbracht werden, wenn die entsprechenden Nachweise beigebracht werden. **Eine Ausnahme bilden die Leistungen für Lernförderung (§ 28 Abs. 5 SGB II). Hierfür ist eine gesonderte Antragstellung notwendig.** Diese Leistung können Sie gleichsam mit diesem Antrag oder zu einem späteren Zeitpunkt beantragen.

Für mich mein Kind meine Kinder

| | Name | Vorname | Geburtsdatum |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

11a Bei mehrtägige Klassenfahrten, eintägige Ausflüge der Schule oder Kindertageseinrichtung → Bestätigung der Schule bzw. der Kindertageseinrichtung über Art, Dauer und Kosten des Ausfluges vor.

11b persönlichen Schulbedarf -> bei Besuch einer allgemeinbildenden Schule fügen Sie bitte zur Einschulung und ab Vollendung des 15. Lebensjahres einen Nachweis über den Schulbesuch (Schulbescheinigung) bei.

Bitte beachten Sie:

Die Kosten für Schulbücher sind mit der Schulbedarfspauschale bzw. über den Regelbedarf abgedeckt, soweit es sich nicht um Kaufexemplare handelt, die durch die Gesamtkonferenz festgelegt wurden.

Für diese Fälle kommt ggf. ein Sonderbedarf nach § 21 Abs. 6 SGB II in Betracht, welcher gesondert zu beantragen ist. Durch Sie ist nachzuweisen (z.B. mittels Bestellliste der Schule), dass Sie zum Kauf eines Exemplars verpflichtet sind. Der Kauf eines Buches, welches als Leihexemplar zur Verfügung gestellt wird, ist auch nicht als Sonderbedarf nach § 21 Abs. 6 SGB II übernahmefähig und ist durch den persönlichen Schulbedarf abgedeckt.

11c Schülerbeförderungskosten -> entstehen Kosten für die Schülerbeförderung, die nicht von einem Dritten (z.B. Schulamt) finanziert werden, sind die Nachweise zu den Kosten beizubringen.

Für die unter 11. lfd. Nr. genannte Person

Die Kosten hierfür betragen Euro im Monat im Quartal im Halbjahr im Jahr

11d gemeinschaftliche Mittagsverpflegung in der Schule Kindertageseinrichtung

Name der Schule/Kindertageseinrichtung

Die unter 11. lfd. Nr. genannte Person

nimmt regelmäßig an dem in der Schule angebotenen gemeinschaftlichen Mittagessen teil.

besucht im Zeitraum von bis eine Kindertageseinrichtung und nimmt am gemeinschaftlichen Mittagessen teil.

Name und Anschrift des Leistungsanbieters/Essenanbieters

Hinweis: Besucht Ihr Kind während der Ferienzeiten den Hort und erfolgt dort die Versorgung durch einen anderen Essensanbieter, so ist dies gesondert mitzuteilen.

11g zur Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben

| Nr. der unter 11 genannten Person | Zeitraum von | Zeitraum bis | Aktivität/Vereinsmitgliedschaft |
|-----------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------|
|-----------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------|

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

➤ Bitte fügen Sie einen Nachweis über die Kosten bei.

11h ergänzende angemessene Lernförderung

Für die unter 11. lfd. Nr. genannte Person

➤ Bitte die von der Schule ausgefüllte Anlage „Bestätigung der Schule über die Notwendigkeit von Lernförderung“ beifügen

Name und Anschrift des Leistungsanbieters

Die Kosten hierfür betragen Euro im Monat im Quartal im Halbjahr im Jahr

➤ Bitte fügen Sie einen Nachweis über die Kosten bei, sofern bereits vorhanden.

**Einwilligung nach § 67 Satz 1 Nr. 1 Zehntes Buch – Sozialgesetzbuch (SGB X)
zur Offenbarung/Weiterleitung personenbezogener Daten im Sinne des § 35 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4 Erstes Buch –
Sozialgesetzbuch (SGB I)**

Aufgrund der beantragten Leistungen für Bildung und Teilhabe gemäß §§ 28 Zweites Buch – Sozialgesetzbuch (SGB II) willige/n ich/wir ein, dass eine Information über meine Leistungsbewilligung (Art und Dauer der Bewilligung) sowie über die Einstellung meines Leistungsbezuges – einschließlich der erforderlichen personenbezogenen Daten (z.B. Name, Geburtsdatum und Anschrift) – vom Jobcenter Burgenlandkreis erfasst und weitergegeben werden. Dies erfolgt zu dem Zweck, dem Leistungserbringer die Absicherung der Bezuschussung des Mehrbedarfes durch das Jobcenter zu ermöglichen.

Ort, Datum

Unterschrift
Antragstellerin/Antragsteller

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreters minderjähriger
Antragstellerinnen/Antragsteller

12. Antragstellung ab einem späteren Zeitpunkt

Ich beantrage Leistungen nach dem SGB II erst mit Wirkung zum

Beachten Sie bitte, dass Ihr Antrag in der Regel auf den Ersten des Monats zurückwirkt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II) und Sie deshalb Angaben – insbesondere zum Zufluss von Einkommen – für den kompletten Monat Ihrer Antragstellung machen müssen. Sie haben jedoch auch die Möglichkeit, die Leistungen erst ab einem bestimmten Zeitpunkt zu begehren. Eine abweichende Bestimmung mit Wirkung für die Zukunft ist nur ab dem Ersten eines nachfolgenden Monats möglich.

Denken Sie bitte auch daran, dass unter bestimmten Voraussetzungen Zeiten der Arbeitslosigkeit ohne Bezug von Leistungen nach dem SGB II rentenrechtlich als Anrechnungszeiten berücksichtigt und an Ihren Rentenversicherungsträger gemeldet werden können. Das ist jedoch nur möglich, wenn Sie

- eine Beschäftigung suchen und den Vermittlungsbemühungen Ihrer Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen
- sich bei Ihrer Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet und Ihr Vermittlungsgesuch im Abstand von 3 Monaten persönlich, schriftlich oder telefonisch erneuert haben **und**
- Arbeitslosengeld II nur wegen der Berücksichtigung von Einkommen oder Vermögen nicht bezogen haben.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt SGB II"). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben.

Personen, die SGB II-Leistungen beantragen oder erhalten, sind mitwirkungspflichtig: Das bedeutet, alle Angaben im Antrag und in den hierzu eingereichten Anlagen müssen richtig und vollständig sein und Änderungen, die nach der Antragstellung eintreten und sich auf die Leistungen auswirken können (z. B. Arbeitsaufnahme, Umzug), sind dem zuständigen Jobcenter unverzüglich mitzuteilen. Beachten Sie bitte, dass das Jobcenter Burgenlandkreis im Wege des automatisierten Datenabgleichs Auskünfte bei Dritten, z. B. über Beschäftigungszeiten, Kapitalerträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet.

Die Mitwirkungspflichten sind von allen Mitgliedern einer Bedarfsgemeinschaft zu beachten.

Für jedes Mitglied Ihrer Bedarfsgemeinschaft kann ein Abrufersuchen gegenüber dem Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) gestellt werden, um die Einkommens- und Vermögensverhältnisse Ihrer Bedarfsgemeinschaft zu klären (§ 93 Absatz 8 und 9 der Abgabenordnung). Das BZSt übermittelt die Kontenstammdaten Ihrer Konten und – bei Vorliegen eines konkreten Verdachts – ggf. auch der Konten Dritter, bei denen Sie als verfügungsberechtigte oder wirtschaftlich berechtigte Person im Sinne des § 1 Absatz 6 des Geldwäschegesetzes angegeben sind (unter anderem Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers, Geburtsdatum, IBAN und Verfügungsberechtigung). Dies betrifft Konten, die nicht länger als drei Jahre aufgelöst sind.

Bei Verstoß gegen diese Mitwirkungspflichten werden in aller Regel von allen leistungsberechtigten Personen einer Bedarfsgemeinschaft zu viel gezahlte Leistungen zurückgefordert. Sofern zu Ihrer Bedarfsgemeinschaft noch weitere Personen gehören, sollten Sie als Vertreterin/Vertreter beim Ausfüllen des Antrags alle Mitglieder einbeziehen und die wesentlichen sowie die sie betreffenden Angaben mit ihnen abstimmen. Stellen Sie zudem bitte sicher, dass alle Mitglieder alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten.

Ein Verstoß kann zusätzlich zu einem Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahren gegen die Person führen, die die o.g. Pflichten missachtet hat. Das Jobcenter holt im Wege eines automatisierten Datenabgleichs bei verschiedenen Stellen Auskünfte über Einkommen und Vermögen ein (z. B. Arbeitsentgelte, Kapitalerträge, Renten). Verschwiegene Einkommen und Vermögen werden daher regelmäßig nachträglich bekannt.

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

Folgende Anlagen sind dem Hauptantrag beigelegt:

| | | | | | | | | |
|--|---------|----------------------|--|---------|----------------------|--------------------------------------|---------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Anlage WEP | Anzahl: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Anlage EK | Anzahl: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Anlage UH 1 | Anzahl: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Anlage KI | Anzahl: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> EK-Bescheinigung | Anzahl: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Anlage UH 2 | Anzahl: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Anlage HG | Anzahl: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Anlage EKS | Anzahl: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Anlage UH 3 | Anzahl: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Anlage VE | Anzahl: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Anlage VM | Anzahl: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Anlage UH 4 | Anzahl: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Anlage MEB | Anzahl: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Anlage UF | Anzahl: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Anlage BB | Anzahl: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Anlage KdU | Anzahl: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Anlage SV | Anzahl: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Anzahl: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Anlage auswärtige Tätigkeit | Anzahl: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Anlage Ermittlung einmaliger Heizbedarf | Anzahl: | <input type="text"/> | | Anzahl: | <input type="text"/> |

Wurde eine Betreuerin/ein Betreuer vom Betreuungsgericht/Amtsgericht bestellt? ja nein

Bitte legen Sie einen Nachweis über die Betreuung vor.

Aktenzeichen:

Die Betreuung gilt für folgende Lebensbereiche:

Ort/Datum

Unterschrift Betreuerin/Betreuer

Ich versichere, dass die Angaben richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift
Antragstellerin/Antragsteller

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreters minderjähriger
Antragstellerinnen/Antragsteller

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

Ort, Datum

Unterschrift
Antragstellerin/Antragsteller

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreters minderjähriger
Antragstellerinnen/Antragsteller