

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



**- Bürgergeld -**

<p><b>I. Allgemeine Daten des Antragstellers/der Antragstellerin</b></p> <p>Familienname</p> <hr/> <p>Vorname</p> <hr/> <p>Straße, Haus-Nummer</p> <p>gegebenenfalls bei wem</p> <hr/> <p>Postleitzahl, Wohnort</p> <hr/> <p>Telefonnummer/E-Mail Adresse <i>(für Rückfragen, Angabe ist freiwillig)</i></p> <hr/> <p>Bankverbindung <i>(bitte angeben, weil Leistungen bargeldlos überwiesen werden)</i></p> <p>IBAN _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____</p> <p>BIC _____</p> <p>bei Bank/Postbank/Sparkasse, sonstigem Kreditinstitut</p> <p>Name des Kontoinhabers</p> <hr/> <p><i>Falls Sie kein Girokonto haben und auch keines eröffnen können, weisen Sie dies bitte durch eine Bescheinigung einer Bank oder Sparkasse nach.</i></p>	<p><b>Tag der Antragstellung</b></p> <hr/> <p><b>Eingangsstempel</b></p> <hr/> <p><i>- nicht vom Antragsteller auszufüllen -</i></p> <p><b>Antrag angenommen am:</b></p> <hr/> <p><b>Der Antragsteller/die Antragstellerin hat sich ausgewiesen durch:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bundespersonalausweis</p> <p><input type="checkbox"/> Reisepass</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige Ausweispapiere</p> <p style="text-align: right;">(Datum Handzeichen)</p>
--	--

<b>II. Persönliche Verhältnisse</b>		
	Nr. 1	Nr. 2
	<b>des Antragstellers/der Antragstellerin</b>	<b>des Partners/der Partnerin des Antragstellers /der Antragstellerin nach Nr. 1, also des</b>
Ich bin	<input type="checkbox"/> allein stehend <input type="checkbox"/> allein erziehende(r) Mutter / Vater	<input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten <input type="checkbox"/> Partners in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners
	<i>Die Kinder sind im Abschnitt III einzutragen.</i>	
Name (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum, Geburtsort		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
	} seit _____	} seit _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <i>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</i>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <i>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</i>
Kundennummer der Agentur für Arbeit <i>(falls vorhanden)</i>		
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Können Sie - Ihrer Einschätzung nach - <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Können Sie - Ihrer Einschätzung nach - <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>(wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>(wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen)</i>

	Nr. 1	Nr. 2
Schul-/Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss Sonder-/Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> qualifizierter Hauptschulabschluss Klasse 10 <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> erweiterte mittlere Reife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Fachabitur Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> Diplom <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Universität) <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Staatsexamen) <input type="checkbox"/> ausländischer Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne abgeschlossene Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ohne anerkannte abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> betriebliche/außerbetriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Fachschule	<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss Sonder-/Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> qualifizierter Hauptschulabschluss Klasse 10 <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> erweiterte mittlere Reife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Fachabitur Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> Diplom <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Universität) <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Staatsexamen) <input type="checkbox"/> ausländischer Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne abgeschlossene Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ohne anerkannte abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> betriebliche/außerbetriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Fachschule
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 _____ <i>Wenn ja, bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ <i>Wenn ja, bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.</i>
<i>Wenn Sie bislang nicht krankenversichert waren, müssen Sie für den Bezug von Bürgergeld eine <b>Krankenkasse wählen</b>.            Legen Sie bitte danach die <b>Mitgliedsbescheinigung</b> vor.</i>		
Krankenversicherung KV	Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn ja:</b> Name und Sitz der Krankenkasse	Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn ja:</b> Name und Sitz der Krankenkasse
Versichertennummer KV		
	<b>Wenn nein:</b> <input type="checkbox"/> Ich war bisher <b>nicht</b> krankenversichert <input checked="" type="checkbox"/> Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine <b>Mitgliedsbescheinigung</b> vor. <input type="checkbox"/> Ich war bisher <b>privat</b> krankenversichert (bitte Beitragseinstufung vorlegen)	<b>Wenn nein:</b> <input type="checkbox"/> Ich war bisher <b>nicht</b> krankenversichert <input checked="" type="checkbox"/> Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine <b>Mitgliedsbescheinigung</b> vor. <input type="checkbox"/> Ich war bisher <b>privat</b> krankenversichert (bitte Beitragseinstufung vorlegen)
<i>Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin von Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner getrennt leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen <b>familienversichert</b> werden können.</i>		
Getrennt lebend? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <b>Wenn ja:</b> → bitte ausfüllen	Angaben zum Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner Name, Vorname _____ Name, Sitz der Krankenkasse _____ Versichertennummer _____	Angaben zum Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner Name, Vorname _____ Name, Sitz der Krankenkasse _____ Versichertennummer _____
<b>Wichtiger Hinweis:</b> <i>Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin <b>das 23. Lebensjahr nicht nicht vollendet haben</b>, können Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin <b>familienversichert</b> werden.</i>		
<b>23. Lebensjahr bereits vollendet?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <b>Wenn ja:</b> → bitte ausfüllen	<b>Angaben zur Mutter</b> Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Name, Sitz der Krankenkasse _____ Versichertennummer _____	<b>Angaben zur Mutter</b> Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Name, Sitz der Krankenkasse _____ Versichertennummer _____
	<b>Angaben zum Vater</b> Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Name, Sitz der Krankenkasse _____ Versichertennummer _____	<b>Angaben zum Vater</b> Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Name, Sitz der Krankenkasse _____ Versichertennummer _____

Rentenversicherung RV	Versicherungsweig <input type="checkbox"/> Allgemeine Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung	Versicherungsweig <input type="checkbox"/> Allgemeine Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung
Rentenversicherungsnummer		
	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungs-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> Rentenversicherungs-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/ort  <input type="checkbox"/> private Rentenversicherung (bitte Beitragseinstufung vorlegen)	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungs-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> Rentenversicherungs-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/ort  <input type="checkbox"/> private Rentenversicherung (bitte Beitragseinstufung vorlegen)

### III Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen

Leben weitere Angehörige im gemeinsamen Haushalt?  ja  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 Eintragung weiterer Angehöriger** zu verwenden

	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/Partner(in)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum, Geburtsort			
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: _____ <i>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</i>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <i>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</i>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <i>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</i>
Kundennummer der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
Erwerbsfähigkeit <i>Angabe nur ab vollendeten 15. Lebensjahr</i>	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
Berechtigte(r) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen)
Schul-/Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss Sonder-/Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> qualifizierter Hauptschulabschluss Klasse 10 <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> erweiterte mittlere Reife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Fachabitur <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> Diplom <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Universität) <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Staatsexamen) <input type="checkbox"/> ausländischer Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ohne anerkannt. abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> betriebliche/außerbetriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Fachschule	<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss Sonder-/Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> qualifizierter Hauptschulabschluss Klasse 10 <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> erweiterte mittlere Reife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Fachabitur <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> Diplom <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Universität) <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Staatsexamen) <input type="checkbox"/> ausländischer Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ohne anerkannt. abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> betriebliche/außerbetriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Fachschule	<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss Sonder-/Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> qualifizierter Hauptschulabschluss Klasse 10 <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> erweiterte mittlere Reife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Fachabitur <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> Diplom <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Universität) <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Staatsexamen) <input type="checkbox"/> ausländischer Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ohne anerkannt. abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> betriebliche/außerbetriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Fachschule
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 für den Zeitraum vom _____ bis _____ <i>Wenn ja, bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ <i>Wenn ja, bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ <i>Wenn ja, bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.</i>

**Die folgenden Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung der Angehörigen sind nur zu beantworten, wenn diese das 14. Lebensjahr vollendet haben.**

	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5
Krankenversicherung KV	<input type="checkbox"/> Name und Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Name und Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Name und Sitz der Krankenkasse
Versichertennummer KV			
	<input type="checkbox"/> private Krankenversicherung <i>(bitte Beitragseinstufung vorlegen)</i> <input type="checkbox"/> nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> private Krankenversicherung <i>(bitte Beitragseinstufung vorlegen)</i> <input type="checkbox"/> nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> private Krankenversicherung <i>(bitte Beitragseinstufung vorlegen)</i> <input type="checkbox"/> nicht krankenversichert
Rentenversicherung RV	Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Allgemeine Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung	Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Allgemeine Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung	Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Allgemeine Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung
Rentenversicherungsnummer			
	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/ort	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/ort	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/ort
	<input type="checkbox"/> private Rentenversicherung <i>(bitte Beitragseinstufung vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> private Rentenversicherung <i>(bitte Beitragseinstufung vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> private Rentenversicherung <i>(bitte Beitragseinstufung vorlegen)</i>

**IV. Leistungen für besondere Mehrbedarfe**

Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind. Dies gilt für alle Angehörigen innerhalb des Haushaltes.

Ein(e) Anhörige(r) innerhalb der Haushaltsgemeinschaft

ist **schwanger**.     $\Rightarrow$  Name, Vorname \_\_\_\_\_ *Legen Sie bitte den **Mutterpass** vor!*

gehört zum Personenkreis der schwer behinderten Menschen und erhält **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**.  
 $\Rightarrow$  Name, Vorname \_\_\_\_\_ *Legen Sie bitte den **Bewilligungsbescheid** vor!*

Bedarf aus medizinischen Gründen einer kostenaufwendigen Ernährung.  
 $\Rightarrow$  Name, Vorname 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

*Zum Nachweis der Erforderlichkeit und der Art des Mehrbedarfes ist ein Vordruck beim zuständigen Träger erhältlich, der von Ihrem Hausarzt auszufüllen ist.*

ist nicht erwerbsfähig und Inhaber eines **Ausweises** nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit den **Merkzeichen G**.  
 $\Rightarrow$  Name, Vorname 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

es liegt eine Behinderung vor.  
 $\Rightarrow$  Name, Vorname 1. \_\_\_\_\_ GdB \_\_\_\_\_ %    2. \_\_\_\_\_ GdB \_\_\_\_\_ %

**V. Wohnverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen.**

Kosten der Unterkunft und Heizung sind im „Zusatzblatt 1 zur Feststellung der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung“ einzutragen

**IV. Einkommensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen**

**Als Einkommen sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert zu berücksichtigen.**  
 Haben Sie und/oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Angehörigen Einnahmen aus

- ▶ nichtselbständiger oder selbständiger Arbeit, Vermietung oder Verpachtung, Land- und Forstwirtschaft,
- ▶ Kindergeld, Entgeltersatzleistungen wie Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld,
- ▶ Renten aus der Sozialversicherung, Betriebsrenten oder Pensionen,
- ▶ Unterhaltszahlungen, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz,
- ▶ Zinsen, Kapitalerträge, Wohngeld, Sozialhilfe nach dem SGB XII,
- ▶ sonstige laufende oder einmalige Einnahmen gleich welcher Art?

Keine der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einkommen.

Folgende der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einkünfte:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Art des Einkommens \_\_\_\_\_

*Reichen Sie bitte als Nachweis der Einkommensverhältnisse das **Zusatzblatt 2.2 getrennt für jeden Einkommensbezieher ein**. Bei Bezug von Sozialleistungen legen Sie bitte zusätzlich den **aktuellen Bewilligungsbescheid** vor.*

Es besteht ein Anspruch auf Kindergeld in Höhe von monatlich \_\_\_\_\_ Euro    Kindergeldnummer \_\_\_\_\_

$\Rightarrow$  *Aktuellen Nachweis vorlegen zB. Kontoauszug über Höhe des Kindergeldes*    Personen  Nr. 1     Nr. 2     Nr. 3     Nr. 4     Nr. 5

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

**Als Vermögen sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände zu berücksichtigen.**  
 Haben Sie und/oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Angehörigen 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- oder Mehrfamilienhaus), Eigentumswohnung, sonstige Immobilien,
- ▶ sonstige Vermögensgegenstände, wie z.B. Wertsachen, Gemälde?

⇒ **Bitte füllen Sie das Zusatzblatt 3 aus**

**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, Haus-Nr. -ggf. bei wem -			
Name, Vorname des Unterhaltsberechtigten			

**Bitte Nachweise vorlegen, wie Unterhaltstitel, Vergleich, schriftliche Vereinbarung, Urkunde über die Höhe des Unterhaltes**

Unterhaltsleistungen werden erbracht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Wenn ja, bitte Zusatzblatt 2.1 ausfüllen</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Wenn ja, bitte Zusatzblatt 2.1 ausfüllen</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Wenn ja, bitte Zusatzblatt 2.1 ausfüllen</i>
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 Ausscheiden? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</div>								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Wenn ja, Name, Vorname</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Anschrift des Arbeitgebers</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Grund</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Gericht/Aktenzeichen</td> <td></td> </tr> </table>	Wenn ja, Name, Vorname	Anschrift des Arbeitgebers	Grund		Gericht/Aktenzeichen			
Wenn ja, Name, Vorname	Anschrift des Arbeitgebers								
Grund									
Gericht/Aktenzeichen									
2	Haben Sie oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen (eine) andere Leistung(en) beantragt oder beabsichtigen Sie einen entsprechenden Antrag zu stellen? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</div> <p>⇒ <i>Anzugeben sind insbesondere alle Rentenarten, Ausgleichszahlungen des ehemaligen Arbeitgebers, Kindergeld, Kinderzuschlag nach § 6a Bundeskindergeldgesetz, Wohngeld, Sozialhilfeleistungen nach SGB XII.</i></p> Angabe der Person, die Leistungen beantragt hat: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Art der Leistung(en)</td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Sozialleistungsträger</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">beantragt am</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">für die Zeit ab</td> </tr> </table> Angabe der Person, die Leistungen beantragt hat: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Art der Leistung(en)</td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Sozialleistungsträger</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">beantragt am</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">für die Zeit ab</td> </tr> </table>	Art der Leistung(en)	Sozialleistungsträger	beantragt am	für die Zeit ab	Art der Leistung(en)	Sozialleistungsträger	beantragt am	für die Zeit ab
Art der Leistung(en)	Sozialleistungsträger	beantragt am	für die Zeit ab						
Art der Leistung(en)	Sozialleistungsträger	beantragt am	für die Zeit ab						
3	Meine Hilfebedürftigkeit/Die Hilfebedürftigkeit einer mit mir im Haushalt lebenden Person wurde durch einen Unfall verursacht. <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</div> Wenn ja, Angabe des/der Geschädigten: <hr/> Bitte - soweit noch nicht geschehen - den <b>Unfallbogen</b> ausfüllen!								

**X. Weitere Angaben, die für die Leistungsgewährung von Bedeutung sein können**

Haben Sie oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen schon früher Leistungen bei der Agentur für Arbeit, einem Sozialhilfeträger oder in den letzten 3 Jahren bei einem Sozialamt oder anderen Jobcenter beantragt bzw. bezogen?  ja  nein

Wenn ja	folgende Leistungen	zuletzt am
	Name(n), Vorname(n)	
	Bei wem (zuständiger Träger)?	
	Aktenzeichen/Kundennummer/Nummer der Bedarfsgemeinschaft	

Folgende Angehörige innerhalb des Haushaltes beziehen/bezogen Arbeitslosengeld (Alg)

1	Name	Vorname	Kundennummer
---	------	---------	--------------

Ende des Arbeitslosengeldbezuges am \_\_\_\_\_

Es wurde der Eintritt einer Sperrzeit für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ festgestellt.  
 Der Anspruch ist wegen Eintritts einer Sperrzeit ab \_\_\_\_\_ erloschen.

**Bitte Sperrzeitbescheid oder Erlöschungsbescheid beifügen!**

2	Name	Vorname	Kundennummer
---	------	---------	--------------

Ende des Arbeitslosengeldbezuges am \_\_\_\_\_

Es wurde der Eintritt einer Sperrzeit für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ festgestellt.  
 Der Anspruch ist wegen Eintritts einer Sperrzeit ab \_\_\_\_\_ erloschen.

**Bitte Sperrzeitbescheid oder Erlöschungsbescheid beifügen!**

**X. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben nochmals genau. Vermeiden Sie in jedem Fall unrichtige oder unvollständige Angaben**

**Hinweis:**

Da die unter Abschnitt I genannte Person die Leistungen beantragt hat, wird von der Vermutung ausgegangen, dass diese auch die Vertretung der Bedarfsgemeinschaft übernommen hat. Diese Vermutung gilt dann nicht mehr, wenn andere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft gegenüber der KoBa Harz erklären, dass diese ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen. (§ 38 SGB II).

Sie werden hiermit darauf hingewiesen, dass Sie ordnungswidrig handeln, wenn Sie falsche bzw. unvollständige Angaben gemacht haben oder Änderungen verspätet oder überhaupt nicht mitteilen. In Fällen, wo Straftatbestand des Betruges erfüllt ist wird, dieses zur Anzeige gebracht.

<p>Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffen. Änderungen, insbesondere Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.</p> <p>Mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten bin ich einverstanden.</p>	<p>Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten:</p>
<p>Ort, Datum</p>	<p>Ort, Datum</p>
<p>Unterschrift Antragsteller/ Antragstellerin</p>	<p>Unterschrift Antragsteller/ Antragstellerin</p>
<p>Ort, Datum</p>	<p>Ort, Datum</p>
<p>Unterschrift gesetzlicher Vertreter (falls Antragsteller minderjährig)</p>	<p>Unterschrift gesetzlicher Vertreter (falls Antragsteller minderjährig)</p>

Ist ein Betreuer/Vormund / Beistand bestellt?  nein  ja  $\Rightarrow$  durch \_\_\_\_\_ AZ \_\_\_\_\_

Wirkung der Betreuung \_\_\_\_\_ (Nachweise vorlegen!)

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_