

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

- Grundsicherungsgeld -



I. Allgemeine Daten des Antragstellers/der Antragstellerin		Tag der Antragstellung
Familienname Vorname Straße, Haus-Nummer gegebenenfalls bei wem Postleitzahl, Wohnort Telefonnummer/E-Mail Adresse (für Rückfragen, Angabe ist freiwillig) Bankverbindung (bitte angeben, weil Leistungen bargeldlos überwiesen werden) IBAN ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ BIC bei Bank/Postbank/Sparkasse, sonstigem 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.		Eingangsstempel - nicht vom Antragsteller auszufüllen - Antrag angenommen am: Der Antragsteller/die Antragstellerin hat sich ausgewiesen durch: ☐ Bundespersonalausweis ☐ Reisepass ☐ sonstige Ausweispapiere (Datum Handzeichen)
II. Persönliche Verhältnisse		
	Nr. 1	Nr. 2
	des Antragstellers/der Antragstellerin Ich bin ☐ allein stehend ☐ allein erziehende(r) Mutter / Vater Die Kinder sind im Abschnitt III einzutragen.	des Partners/der Partnerin des Antragstellers /der Antragstellerin nach Nr. 1, also des ☐ nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten ☐ Partners in eheähnlicher Gemeinschaft ☐ nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners
Name (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Geburtsdatum, Geburtsort		
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ eheähnliche Gemeinschaft ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft ☐ dauernd getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet seit _____	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ eheähnliche Gemeinschaft ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft ☐ dauernd getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet seit _____
Staatsangehörigkeit	☐ deutsch ☐ andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	☐ deutsch ☐ andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)
Kundennummer der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)		
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Können Sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? ☐ ja ☐ nein, weil _____	Können Sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? ☐ ja ☐ nein, weil _____
Berechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	☐ ja ☐ nein (wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen)	☐ ja ☐ nein (wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen)

	Nr. 1	Nr. 2
Schul-/Berufsausbildung	☐ kein Schulabschluss ☐ Abschluss Sonder-/Förderschule ☐ Hauptschulabschluss ☐ qualifizierter Hauptschulabschluss Klasse 10 ☐ mittlere Reife ☐ erweiterte mittlere Reife ☐ Fachhochschulreife ☐ Abitur ☐ Fachabitur Fachhochschulabschluss ☐ Diplom ☐ Bachelor ☐ Master ☐ Hochschulabschluss (Universität) ☐ Hochschulabschluss (Staatsexamen) ☐ ausländischer Schulabschluss ☐ ohne abgeschlossene Berufsausbildung ☐ ohne anerkannte abgeschl. Berufsausbildung ☐ betriebliche/außerbetriebliche Ausbildung ☐ Berufsfachschule ☐ Fachschule	☐ kein Schulabschluss ☐ Abschluss Sonder-/Förderschule ☐ Hauptschulabschluss ☐ qualifizierter Hauptschulabschluss Klasse 10 ☐ mittlere Reife ☐ erweiterte mittlere Reife ☐ Fachhochschulreife ☐ Abitur ☐ Fachabitur Fachhochschulabschluss ☐ Diplom ☐ Bachelor ☐ Master ☐ Hochschulabschluss (Universität) ☐ Hochschulabschluss (Staatsexamen) ☐ ausländischer Schulabschluss ☐ ohne abgeschlossene Berufsausbildung ☐ ohne anerkannte abgeschl. Berufsausbildung ☐ betriebliche/außerbetriebliche Ausbildung ☐ Berufsfachschule ☐ Fachschule
Auszubildender - auch in Schulausbildung	☐ nein ☐ ja, in Ausbildung als	☐ nein ☐ ja, in Ausbildung als
Name u. Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule		
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	☐ nein ☐ ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ <i>Wenn ja, bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.</i>	☐ nein ☐ 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 Grundsicherungsgeld eine Krankenkasse wählen. Legen Sie bitte danach die Mitgliedsbescheinigung vor.</i>		
Krankenversicherung KV	Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert. ☐ ja ☐ nein Wenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse	Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert. ☐ ja ☐ nein Wenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse
Versichertennummer KV		
	Wenn nein: ☐ Ich war bisher nicht krankenversichert ☐ Wahlen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor. ☐ Ich war bisher privat krankenversichert (bitte Beitragseinstufung vorlegen)	Wenn nein: ☐ Ich war bisher nicht krankenversichert ☐ Wahlen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor. ☐ Ich war bisher privat krankenversichert (bitte Beitragseinstufung vorlegen)
Steueridentifikationsnummer		
Rentenversicherung RV	Versicherungszweig ☐ Allgemeine Rentenversicherung ☐ Knappschaftliche Rentenversicherung	Versicherungszweig ☐ Allgemeine Rentenversicherung ☐ Knappschaftliche Rentenversicherung
Rentenversicherungsnummer		
	☐ Rentenversicherungs-Nr. wurde beantragt ☐ Rentenversicherungs-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/ort _____ ☐ private Rentenversicherung (bitte Beitragseinstufung vorlegen)	☐ Rentenversicherungs-Nr. wurde beantragt ☐ Rentenversicherungs-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/ort _____ ☐ 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	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Geburtsdatum, Geburtsort			
Familienstand	☐ ledig ☐ _____ seit _____	☐ ledig ☐ _____ seit _____	☐ ledig ☐ _____ seit _____
Staatsangehörigkeit	☐ deutsch ☐ andere: <i>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</i>	☐ deutsch ☐ andere: <i>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</i>	☐ deutsch ☐ andere: <i>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</i>
Kundennummer der Agentur für Arbeit <i>(falls vorhanden)</i>			
Erwerbsfähigkeit <i>Angabe nur ab vollendeten 15. Lebensjahr</i>	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? ☐ ja ☐ nein, weil _____	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? ☐ ja ☐ nein, weil _____	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? ☐ ja ☐ nein, weil _____
Berechtigte(r) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	☐ ja ☐ nein <i>(wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen)</i>	☐ ja ☐ nein <i>(wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen)</i>	☐ ja ☐ nein <i>(wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen)</i>
Schul-/Berufsausbildung	☐ kein Schulabschluss ☐ Abschluss Sonder-/Förderschule ☐ Hauptschulabschluss ☐ qualifizierter Hauptschulabschluss Klasse 10 ☐ mittlere Reife ☐ erweiterte mittlere Reife ☐ Fachhochschulreife ☐ Abitur ☐ Fachabitur ☐ Fachhochschulabschluss ☐ Diplom ☐ Master ☐ Hochschulabschluss (Universität) ☐ Hochschulabschluss (Staatsexamen) ☐ ausländischer Schulabschluss ☐ ohne abgeschl. Berufsausbildung ☐ ohne anerkannt. abgeschl. Berufsausbildung ☐ betriebliche/außerbetriebliche Ausbildung ☐ Berufsfachschule ☐ Fachschule	☐ kein Schulabschluss ☐ Abschluss Sonder-/Förderschule ☐ Hauptschulabschluss ☐ qualifizierter Hauptschulabschluss Klasse 10 ☐ mittlere Reife ☐ erweiterte mittlere Reife ☐ Fachhochschulreife ☐ Abitur ☐ Fachabitur ☐ Fachhochschulabschluss ☐ Diplom ☐ Master ☐ Hochschulabschluss (Universität) ☐ Hochschulabschluss (Staatsexamen) ☐ ausländischer Schulabschluss ☐ ohne abgeschl. Berufsausbildung ☐ ohne anerkannt. abgeschl. Berufsausbildung ☐ betriebliche/außerbetriebliche Ausbildung ☐ Berufsfachschule ☐ Fachschule	☐ kein Schulabschluss ☐ Abschluss Sonder-/Förderschule ☐ Hauptschulabschluss ☐ qualifizierter Hauptschulabschluss Klasse 10 ☐ mittlere Reife ☐ erweiterte mittlere Reife ☐ Fachhochschulreife ☐ Abitur ☐ Fachabitur ☐ Fachhochschulabschluss ☐ Diplom ☐ Master ☐ Hochschulabschluss (Universität) ☐ Hochschulabschluss (Staatsexamen) ☐ ausländischer Schulabschluss ☐ ohne abgeschl. Berufsausbildung ☐ ohne anerkannt. abgeschl. Berufsausbildung ☐ betriebliche/außerbetriebliche Ausbildung ☐ Berufsfachschule ☐ Fachschule
Auszubildender - auch in Schulausbildung	☐ nein ☐ ja, als _____	☐ nein ☐ ja, als _____	☐ nein ☐ ja, als _____
Name u. Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule			
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	☐ nein ☐ ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ <i>Wenn ja, bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.</i>	☐ nein ☐ ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ <i>Wenn ja, bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.</i>	☐ nein ☐ 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	☐ Name und Sitz der Krankenkasse	☐ Name und Sitz der Krankenkasse	☐ Name und Sitz der Krankenkasse
Versichertennummer KV			
	☐ private Krankenversicherung (bitte Beitragseinstufung vorlegen) ☐ nicht krankenversichert	☐ private Krankenversicherung (bitte Beitragseinstufung vorlegen) ☐ nicht krankenversichert	☐ private Krankenversicherung (bitte Beitragseinstufung vorlegen) ☐ nicht krankenversichert
Steueridentifikationsnummer			
Rentenversicherung RV	Versicherungszweig ☐ Allgemeine Rentenversicherung ☐ Knappschaftliche Rentenversicherung	Versicherungszweig ☐ Allgemeine Rentenversicherung ☐ Knappschaftliche Rentenversicherung	Versicherungszweig ☐ Allgemeine Rentenversicherung ☐ Knappschaftliche Rentenversicherung
Rentenversicherungsnummer	☐ RV-Nr. wurde beantragt ☐ RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/ort ☐ private Rentenversicherung (bitte Beitragseinstufung vorlegen)	☐ RV-Nr. wurde beantragt ☐ RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/ort ☐ private Rentenversicherung (bitte Beitragseinstufung vorlegen)	☐ RV-Nr. wurde beantragt ☐ RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/ort ☐ private Rentenversicherung (bitte Beitragseinstufung vorlegen)

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) Angehörige(r) innerhalb der Haushaltsgemeinschaft ☐ ist schwanger . ☐ Name, Vorname _____ <i>Legen Sie bitte den Mutterpass vor!</i>
☐ gehört zum Personenkreis der schwer behinderten Menschen und erhält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben . ☐ Name, Vorname _____ <i>Legen Sie bitte den Bewilligungsbescheid vor!</i>
☐ Bedarf aus medizinischen Gründen einer kostenaufwendigen Ernährung. ☐ Name, Vorname 1. _____ 2. _____
<i>Zum Nachweis der Erforderlichkeit und der Art des Mehrbedarfes ist ein Vordruck beim zuständigen Träger erhältlich, der von Ihrem Hausarzt auszufüllen ist.</i>
☐ ist nicht erwerbsfähig und Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit den Merkzeichen G . ☐ Name, Vorname 1. _____ 2. _____
☐ es liegt eine Behinderung vor. ☐ 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

VI. Einkommensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen								
Als Einkommen sind alle Einnahmen in Geld 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? ▶ Auch Einnahmen in Geldeswert sind zu berücksichtigen, wenn sie aus einer Erwerbstätigkeit, dem Bundesfreiwilligendienst oder dem Jugendfreiwilligendienst stammen.								
☐ Keine der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einkommen. ☐ Folgende der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einkünfte: <table border="0"> <tr> <td>Name, Vorname _____</td> <td>Art des Einkommens _____</td> </tr> <tr> <td>Name, Vorname _____</td> <td>Art des Einkommens _____</td> </tr> <tr> <td>Name, Vorname _____</td> <td>Art des Einkommens _____</td> </tr> <tr> <td>Name, Vorname _____</td> <td>Art des Einkommens _____</td> </tr> </table>	Name, Vorname _____	Art des Einkommens _____	Name, Vorname _____	Art des Einkommens _____	Name, Vorname _____	Art des Einkommens _____	Name, Vorname _____	Art des Einkommens _____
Name, Vorname _____	Art des Einkommens _____							
Name, Vorname _____	Art des Einkommens _____							
Name, Vorname _____	Art des Einkommens _____							
Name, Vorname _____	Art des Einkommens _____							
<i>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.</i>								
☐ Es besteht ein Anspruch auf Kindergeld in Höhe von monatlich _____ Euro Kindergeldnummer _____ ☐ <i>Aktuellen Nachweis vorlegen zB Kontoauszug über Höhe des Kindergeldes</i> <table border="0"> <tr> <td>Personen</td> <td>☐ Nr. 1</td> <td>☐ Nr. 2</td> <td>☐ Nr. 3</td> <td>☐ Nr. 4</td> <td>☐ Nr. 5</td> </tr> </table>	Personen	☐ Nr. 1	☐ Nr. 2	☐ Nr. 3	☐ Nr. 4	☐ Nr. 5		
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	☐ ja ☐ nein <i>Wenn ja, bitte Zusatzblatt 2.1 ausfüllen</i>	☐ ja ☐ nein <i>Wenn ja, bitte Zusatzblatt 2.1 ausfüllen</i>	☐ ja ☐ nein <i>Wenn ja, bitte Zusatzblatt 2.1 ausfüllen</i>
Unterhaltsleistungen werden nicht erbracht	Wurden oder werden Unterhaltsleistungen geltend gemacht? ☐ ja ☐ nein	Wurden oder werden Unterhaltsleistungen geltend gemacht? ☐ ja ☐ nein	Wurden oder werden Unterhaltsleistungen geltend gemacht? ☐ ja ☐ 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?			☐ ja ☐ nein
	Wenn ja, Name, Vorname Grund Gericht/Aktenzeichen	Anschrift des Arbeitgebers		
2	Haben Sie oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen (eine) andere Leistung(en) beantragt oder beabsichtigten Sie einen entsprechenden Antrag zu stellen?			☐ ja ☐ nein
	➡ <i>Anzugeben sind insbesondere alle Rentenarten, Ausgleichszahlungen des ehemaligen Arbeitgebers, Kindergeld, Kinderzuschlag nach § 6a Bundeskindergeldgesetz, Wohngeld, Sozialhilfeleistungen nach SGB XII.</i>			
	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 Person wurde durch einen Unfall verursacht.			☐ ja ☐ nein
	Wenn ja, Angabe des/der Geschädigten:			
	<i>Bitte - soweit noch nicht geschehen - den Unfallbogen ausfüllen!</i>			

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!

XI. 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.

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

Ist ein Betreuer/Vormund / Beistand bestellt?

☐ nein ☐ ja ➡ durch _____ AZ _____

Wirkung der Betreuung _____ (Nachweise vorlegen!)

Ort, Datum

Unterschrift