

**Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Umdruck 15/4629**

**An die Geschäftsführerin des Sozialausschusses  
des Schleswig-Holsteinischen Landtages**

**Per E-Mail**

**Betreff: WG: Entwurf Antrag auf Leistungen nach dem SGB II**

**Von:** „Roloff, Doris (WiMi)“ [Doris.Roloff@wimi.landsh.de](mailto:Doris.Roloff@wimi.landsh.de)

**Datum:** Fri, 11 Jun 2004 10:21:57

**An:** „Tschanter, Petra“ [Petra.Tschanter@landtag.ltsh.de](mailto:Petra.Tschanter@landtag.ltsh.de)

**CC:** [Falk.Stadelmann@wimi.landsh.de](mailto:Falk.Stadelmann@wimi.landsh.de)  
[Jens.Haass@wimi.landsh.de](mailto:Jens.Haass@wimi.landsh.de)  
[Marc-Oliver.Reich@wimi.landsh.de](mailto:Marc-Oliver.Reich@wimi.landsh.de)  
[Rolf.Engel@wimi.landsh.de](mailto:Rolf.Engel@wimi.landsh.de)

Sehr geehrte Frau Tschanter,

Wie gestern im Sozialausschuss erbeten, anbei das aktuelle Antragsformular für das Arbeitslosengeld II ( mit Zusatzformularen ). Die Regionaldirektion Nord hat uns darauf hingewiesen, dass es sich um einen Entwurf handelt und Änderungen noch möglich sind. Es ist geplant, die Fragebögen ab 19. 7. zu versenden.

Gruß

D. Roloff

Leiterin des Referates

Arbeit, Europäischer Sozialfonds

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr des Landes

Schleswig- Holstein

Düsternbrooker Weg 94, 24 105 Kiel

Tel. ( 0431 ) 988 - 4522

Fax. ( 0431 ) 988 - 4812

e- mail: [doris.roloff@wimi.landsh.de](mailto:doris.roloff@wimi.landsh.de)

## Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)

Dienststelle: .....	Tag der Antragstellung	Antrag angenommen am: ...../...../..... (Hz. Datum)
Referenznummer: .....		<input type="checkbox"/> Statistik <input type="checkbox"/> Stammdaten: <input type="checkbox"/> erfasst
Nummer der Bedarfsgemeinschaft: .....		<input type="checkbox"/> gespeichert
Berufsklasse / Org. Einheit: .....		<input type="checkbox"/> Erfassung <input type="checkbox"/> Daten gespeichert (Hz. Datum)
<b>I. Allgemeine Daten des Antragstellers und Vertreters der Bedarfsgemeinschaft</b>		<b>EINGANGSSTEMPEL</b>
Familiennamen		
Rufname		<b>Hinweise für die Sachbearbeitung</b> (wird vom Träger eingetragen)
Titel		
Straße/Platz, Hausnummer - ggf. bei wem:		
PLZ, Wohnort		
Meine Telefonnummer (mit Vorwahl) bei Rückfragen: .....		
Bankverbindung (bitte angeben, da die Leistungen bargeldlos überwiesen werden) <b>Bankleitzahl</b> ..... <b>Konto - Nr.</b> .....		
bei Bank/Postbank/Sparkasse, sonstiges Kreditinstitut .....		Arbeitsaufnahme am .....
Name des Kontoinhaber: .....		Erste Lohn-/Gehaltszahlung am .....
		Arbeitsunfähig ab .....
		Sonstiges: .....
		Hz.Dat. Org.E. ..... .....

II. Persönliche Verhältnisse	des Antragstellers und Vertreters der Bedarfsgemeinschaft nach Ziffer I.  <b>1</b>	<input type="checkbox"/> des nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten <input type="checkbox"/> des Partners in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> bei <u>eingetragener</u> Lebenspartnerschaft ①  <b>2</b>
1. Name (ggf. Geburtsname)		
2. Vorname		
3. Geburtsdatum		
4. Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> ..... <i>ggf. Nachweis über Arbeitsgenehmigung vorlegen</i>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> ..... <i>ggf. Nachweis über Arbeitsgenehmigung vorlegen</i>
5. Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig Seit: ..... <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> ledig Seit: ..... <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
6. Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <i>wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <i>wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen</i>
7. Umfang der Erwerbsfähigkeit	Der Umfang der möglichen Arbeitszeit beträgt ohne Pausen/Wegezeit täglich ..... Stunden. Grund für die Einschränkung oder Nichterwerbsfähigkeit .....	Der Umfang der möglichen Arbeitszeit beträgt ohne Pausen/Wegezeit täglich ..... Stunden. Grund für die Einschränkung oder Nichterwerbsfähigkeit .....
8. Auszubildender - auch in Schulausbildung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als ..... bei (Arbeitgeber in Nr. 9 eintragen) Schulform: .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als ..... bei (Arbeitgeber in Nr. 9 eintragen) Schulform: .....
9. Name und Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers		
10. Unterbringung in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - seit: ..... Art der stationären Einrichtung: .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - seit: ..... Art der stationären Einrichtung: .....
11. Erwerbsfähiger behinderter Hilfebedürftiger	Liegt Schwerbehinderteneigenschaft vor <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja, besteht ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇔ wenn ja <i>Nachweis vorlegen</i>	Liegt Schwerbehinderteneigenschaft vor <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja, besteht ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇔ wenn ja <i>Nachweis vorlegen</i>
12. Rentenver-	RV-Nr.: .....	Versicherungsnummer: .....

sicherungsnumm (RV-Nr.) ? ? ?	RV-Zweig für <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> knappschaftlich Versicherte <input type="checkbox"/> Ich habe keine Versicherungsnummer <input type="checkbox"/> Die Versicherungsnummer ist beantragt	RV-Zweig für <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> knappschaftlich Versicherte <input type="checkbox"/> Ich habe keine Versicherungsnummer <input type="checkbox"/> Die Versicherungsnummer ist beantragt
13. Angaben für die Sozialversicheru (SV) bei Leistungsbez ? ? ? ?	Unmittelbar vor Beginn der Antragstellung bestand - eine Pflichtversicherung in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung (KV, PV, RV) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein - bei der KV eine Familienversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zuständigen Krankenkasse: ..... Wenn nein, Zusatzblatt zur SV ausfüllen	Unmittelbar vor Beginn der Antragstellung bestand - eine Pflichtversicherung in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung (KV, PV, RV) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein - bei der KV eine Familienversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zuständigen Krankenkasse: ..... Wenn nein, Zusatzblatt zur SV ausfüllen

- ① Eine Lebenspartnerschaft wird begründet, wenn zwei Personen gleichen Geschlechts gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit vor einer zuständigen Behörde erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen.
- ② **Erwerbsfähig** sind Personen, die unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich arbeiten können
- ③ Unter **Unterbringung in einer stationären Einrichtung** versteht man die Unterbringung in einer Anstalt, in einem Heim oder in einer gleichartigen Einrichtung. **Dazu gehört jedoch nicht der Aufenthalt in einem Krankenhaus.**
- ④ **Erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige**, denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben oder Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit erbracht werden, erhalten einen zusätzlichen Mehrbedarf.

### III. Persönliche Verhältnisse eines Partners in einer eheähnlichen Gemeinschaft

Eine eheähnliche Gemeinschaft liegt vor, wenn es sich um eine auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft handelt, die so eng ist, dass sie von den Partnern ein gegenseitiges Einstehen in Notfällen erwarten lässt.

Leben Sie mit einem Partner zusammen in einer Haushaltsgemeinschaft  ja  nein

Wenn ja: Name ..... Vorname ..... geboren am: .....

Der gemeinsame Haushalt besteht seit dem

- Haben Sie **gemeinsame Kinder**?  ja  nein
- Betreuen und versorgen Sie im gemeinsamen Haushalt andere Personen (z.B. Kinder oder Angehörige des Partners) ?  ja  nein
- Haben Sie und Ihr Partner ein gemeinsames Konto bzw. können Sie wechselseitig über das Konto des Partners verfügen?  ja  nein
- Unterstützen Sie und Ihr Partner sich gegenseitig finanziell?  ja  nein

### IV. Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller in der Bedarfsgemeinschaft lebenden weiteren Angehörigen

**Zur Bedarfsgemeinschaft gehören:** 1. die erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, 2. die im Haushalt lebenden Eltern oder der im Haushalt lebende Elternteil eines minderjährigen, unverheirateten erwerbsfähigen Kindes und der im Haushalt lebende Partner dieses Elternteils, 3. als **Partner** des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen a) der nicht dauernd getrennt lebende Ehegatte b) die Person, die mit dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in eheähnlicher Gemeinschaft lebt c) der nicht dauernd getrennt lebende Lebenspartner, 4. die dem Haushalt angehörenden minderjährigen unverheirateten Kinder des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen oder seines Partners, soweit sie nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beschaffen können.

*Einzutragen sind die Angehörigen( das sind in erster Linie Kinder) in der Reihenfolge des Geburtsdatums.*

*Reichen die Felder nicht aus, sind weitere Angehörige in das dafür vorgesehene Zusatzblatt (weitere Angehörige) einzutragen.*

	3	4	5
14. Name (ggf. Geburtsname)			
15. Vorname			
16. Geburtsdatum			
17. Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> ..... (ggf. Nachweis über Arbeitsgenehmigung vorlegen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> ..... (ggf. Nachweis über Arbeitsgenehmigung vorlegen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> ..... (ggf. Nachweis über Arbeitsgenehmigung vorlegen)
18. Verwandtschafts- verhältnis			
19. Familienstand (Angaben wie bei Ziffer II. 5. Zeile)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit .....	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit .....	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit .....
20. Berechtigte(r) nach dem Asylbewerber- leistungsgesetz	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
21. Umfang der ②	Der Umfang der möglichen Arbeits-	Der Umfang der möglichen Arbeits-	Der Umfang der möglichen Arbeits-

Erwerbsfähigkeit	zeit beträgt ohne Pausen/ Wegezeit täglich ..... Stunden. Grund für die Einschränkung oder Nichterwerbsfähigkeit .....	zeit beträgt ohne Pausen/ Wegezeit täglich ..... Stunden. Grund für die Einschränkung oder Nichterwerbsfähigkeit .....	zeit beträgt ohne Pausen/ Wegezeit täglich ..... Stunden. Grund für die Einschränkung oder Nichterwerbsfähigkeit .....
22. Unterbringung in einer stationären Einrichtung ③	seit: ..... Art der Einrichtung .....	seit: ..... Art der Einrichtung .....	seit: ..... Art der Einrichtung .....
23. Auszubildender - auch in Schulausbildung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als ..... bei (Arbeitgeber in Nr. 24 eintragen) Schulform: .....	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als ..... bei (Arbeitgeber in Nr. 24 eintragen) Schulform: .....	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als ..... bei (Arbeitgeber in Nr. 24 eintragen) Schulform: .....
24. Name und Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers			
25. Angabe der Rentenversicherungs- Nummer ???	..... <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wurde beantragt	..... <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wurde beantragt	..... <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wurde beantragt
26. Erwerbsfähiger <b>behinderter</b> ④ Hilfebedürftiger	Schwerbehinderteneigenschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; wenn ja, besteht ein Anspruch auf Leistungen zur Teil- habe am Arbeitsleben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇨ wenn ja, <i>Nachweis vorlegen</i>	Schwerbehinderteneigenschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; wenn ja, besteht ein Anspruch auf Leistungen zur Teil- habe am Arbeitsleben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇨ wenn ja, <i>Nachweis vorlegen</i>	Schwerbehinderteneigenschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; wenn ja, besteht ein Anspruch auf Leistungen zur Teil- habe am Arbeitsleben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇨ wenn ja, <i>Nachweis vorlegen</i>

Die Erläuterungen zu ② ③ und ④ können Sie unter Ziffer II nachlesen.

27. Angaben über die Krankenversicherung ? (KV) Pflegeversicherung ? (PV) und Rentenversicherung ? (RV) bei Leistungsbezug	Pflichtmitglied in der KV, PV und R <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja familienversichert in der KV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja zuständige Krankenkasse: ..... Rentenversicherungsträger: .....	Pflichtmitglied in der KV, PV und RV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja familienversichert in der KV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja zuständige Krankenkasse: ..... Rentenversicherungsträger: .....	Pflichtmitglied in der KV, PV und R <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja familienversichert in der KV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja zuständige Krankenkasse: ..... Rentenversicherungsträger: .....
---	---	--	---

## V. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Bedarfsgemeinschaft

(geschiedener Ehegatte, Eltern, Kinder, Schwäger, sonstige Verwandte)

Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Familienstand			
Verwandtschaftsverhältnis			
PLZ, Wohnort			
Straße, Nr.			
Besteht eine Unterhaltsverpflichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja, <i>Unterhaltstitel vorlegen</i> *	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja, <i>Unterhaltstitel vorlegen</i> *)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja, <i>Unterhaltstitel vorlegen</i> *
Unterhaltsleistungen werden erbracht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von monatlich ..... Euro	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von monatlich ..... Euro	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von monatlich ..... Euro
Titulierte Unterhaltsleistungen werden <u>nicht</u> erbracht	Geltendmachung erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → Angabe der Gründe .....	Geltendmachung erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → Angabe der Gründe .....	Geltendmachung erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → Angabe der Gründe .....

\*) Zum Unterhaltstitel gehören unter anderem: Unterhaltsurteil, Vergleich, schriftliche Vereinbarung über festgestellte Unterhaltsleistung

## VI. Leistungen für Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt nach § 21 SGB II

Dazu gehören Beträge, die nicht durch die Regelleistungen abgedeckt sind. Im Einzelnen sind dies Mehrbedarfe für:  
→ werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche, → allein Erziehende, die mit mindestens einem minderjährigem Kind  
zusammen leben, → Behinderte unter bestimmten Voraussetzungen und → Personen, die aus medizinischen Gründen einer  
kostenaufwändigen Ernährung bedürfen (z. B. Diätkosten).

Personendaten	Sachverhalt / Fallgestaltung	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Nachstehende Eintragungen werden vom zuständigen Träger vorgenommen</i>
---------------	------------------------------	--

Name: ..... Vorname ..... der <b>werdenden Mutter</b>	Datum der 13. Schwangerschaftswoche ..... lt. ärztlicher Bescheinigung	<i>Anspruch auf Mehrbedarf gem. § 21 Absatz 2 SGB II besteht vom ..... bis .....</i>
Name: ..... Vorname ..... beantragt einen <b>Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung</b>	Entsprechende ärztliche Bescheinigung vom ..... wurde vorgelegt.	<i>Anspruch auf angemessenen Mehrbedarf gem. § 21 Absatz 5 SGB II besteht in Höhe von monatlich ..... Euro</i>

### VII. Wohnverhältnisse des Antragstellers und der mit ihm in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen:

1. Ich / wir wohnen in einer  eine Mietwohnung  Ich bin / wir sind Untermieter bei .....
2.  Ich besitze  Wir besitzen ein  eigenes Haus  eine Eigentumswohnung.  Es besteht freies Wohnrecht bei .....

#### **Wichtiger Hinweis:**

Für die Festsetzung der Leistungen für Unterkunft verwenden Sie bitte das „Zusatzblatt zur Feststellung der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung.“  Dieses Zusatzblatt ist beim zuständigen Träger erhältlich.

### VIII. Einkommensverhältnisse des Antragstellers und der mit ihm in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen

Definition „Bedarfsgemeinschaft“ siehe Erläuterungen unter Ziffer IV

Art des monatlichen Nettoeinkommens	Antragsteller/in 1 *)	Partner/in 2 *)	Sonstige Angehörige der Bedarfsgemeinschaft **)		
			3	4	5
Arbeitsentgelt aus Erwerbstätigkeit					
Renten aus der Sozialversicherung Rentenart: .....					
Eink. aus selbständiger Tätigkeit (Selbsteinschätzung)					
Entgeltersatzleistungen, wie <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld, Kunden-Nr. .... <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> .....					
<input type="checkbox"/> Kindergeld KG Nr. ....					
Unterhaltszahlungen (Scheidungs-, Trennungs- und Kindesunterhalt)					
<b>Weitere Einkommensarten</b>					

**Hinweise:** \*) Die Seite 2, Ziffer II. enthält die persönlichen Daten des Antragstellers und Partners

\*\*) Die Seite 3, Ziffer IV. enthält die persönlichen Daten der sonstigen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft

**Als Nachweis der Einkommensverhältnisse ist grundsätzlich die beim zuständigen Träger erhältliche Einkommenserklärung/Verdienstbescheinigung zu verwenden. Auf Anforderung sind weitere Nachweise erforderlich.**

### IX. Vermögensverhältnisse des Antragstellers und der mit ihm in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen

Definition „Bedarfsgemeinschaft“ siehe Erläuterungen unter Ziffer IV

Vermögenswerte	Antragsteller 1	Partner/in 2	Sonstige Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft		
			3	4	5
Bank- und Sparguthaben, Bargeld, Schecks etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Wertpapiere, Aktien, Aktienfonds etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Versicherungsverträge, Bausparverträge etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Haus- und Grundbesitz z.B. Ein-/ Mehr- Familienhaus, sonstige Immobilien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Vorhandene Kraftfahrzeuge in der Bedarfsgemeinschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Weiteres Vermögen wie z.B.	<input type="checkbox"/> nein				

Ansprüche, Forderungen, Wertsachen (Schmuck u.ä.)	<input type="checkbox"/> ja				
<b>Hinweis:</b> Wenn Sie oder die mit Ihnen in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen über Vermögenswerte verfügen, d. h. <b>eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet wurde</b> , füllen Sie bitte das „Zusatzblatt zur Prüfung der Vermögensverhältnisse“ vollständig aus und legen Sie auch die geforderten Nachweise bei der Antragsabgabe vor.					

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

1. Ich und ggf. die mit mir in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen haben schon früher Leistungen beim Arbeitsamt bei der Agentur für Arbeit oder vom Sozialhilfeträger beantragt oder bezogen.  <i>Wenn ja:</i> folgende Leistungen ..... zuletzt im Jahr: ..... Angabe der Person: ..... Bei wem (zuständiger Träger) ..... Aktenzeichen/ Kunden-Nr./Nummer der Bedarfsgemeinschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Meine Hilfebedürftigkeit / Die Hilfebedürftigkeit folgender mit mir in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen wurde durch einen Unfall verursacht <i>Wenn ja:</i> Angabe der Person: ..... <i>Bitte – soweit noch nicht geschehen – den bei den zuständigen Trägern erhältlichen Unfallbogen ausfüllen</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Ich und ggf. die mit mir in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen erheben Ansprüche gegen einen ehemaligen Arbeitgeber für Zeiten nach dem Ausscheiden. <i>Wenn ja:</i> Angabe der Person: ..... Arbeitgeber: ..... Grund: ..... Gericht: ..... AZ: .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Ich und ggf. die mit mir in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen haben (eine) andere Leistung(en) beantragt. → Anzugeben sind insbesondere alle gesetzlich möglichen Rentenarten, Ausgleichzahlungen des ehemaligen Arbeitgebers, Kindergeld, Wohngeld Angabe der Person, die Leistungen beantragt hat: ..... Art der Leistung(en): ..... beantragt am: ..... für die Zeit ab: ..... Art der Leistung(en): ..... beantragt am: ..... für die Zeit ab: .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

### XI. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben nochmals genau. Vermeiden Sie in jedem Fall unrichtige oder unvollständige Angaben und geben Sie auf der ersten Seite Ihre Telefonnummer für Rückfragen an. Für die Leistungszahlung werden einzelne Daten automatisch gespeichert und verarbeitet.

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffen. Änderungen insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögenverhältnisse werde ich unverzüglich und unaufgefordert dem für die Gewährung der Leistungen zuständigen Träger mitteilen. Das Merkblatt „Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld Sozialgeld)“ habe ich erhalten und von seinem Inhalt Kenntnis genommen.	Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsnahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen bei den Fragen
Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers/ der Antragstellerin
Ort/Datum	Unterschrift des Partners/ der Partnerin des Antragstellers/ der Antragstellerin
Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers/ der Antragstellerin

#### Hinweis:

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

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn der Antragsteller (Ziffer I.) minderjährig ist.

..... Datum .....

Betreuer / Vormund / Beistand bestellt  nein  ja → durch  
Wirkung der Betreuung: .....

AZ: .....

.....(Nachweise vorlegen) Unterschrift: .....

**Sie selbst können zu einer schnellen Bearbeitung des Antrages beitragen, wenn Sie das Antragsformular sorgfältig, vollständig und gut leserlich ausfüllen und persönlich abgeben.**

Grundlage für die Entscheidung über den Antrag sind in erster Linie Ihre Angaben. Angaben über zum Beispiel Einkommens- und Vermögensverhältnisse sind jedoch durch entsprechende Belege nachzuweisen.

Die schwerpunktmäßig am häufigsten für die Bearbeitung benötigten Nachweise sind nachstehend aufgeführt.

Bitte bringen Sie die angekreuzten Unterlagen bei der Antragsabgabe unbedingt mit.

Allgemeine Nachweise	Nachweise über Einkommen
<input checked="" type="checkbox"/> Personalausweis oder <b>ersatzweise</b> Reisepass ggf. mit aktueller Meldebescheinigung <b>eingesehen:</b> Hz./Datum .....	<input type="checkbox"/> Bescheid(e) über Rentenhöhe Rentenart: .....
<input type="checkbox"/> Bescheinigung(en) über Entgeltersatzleistungen (z.B. Verletzengeld, Arbeitslosengeld)	<input type="checkbox"/> Einkommenserklärung / Verdienstbescheinigung für den Monat ..... 200....
<input type="checkbox"/> Arbeitsbescheinigung(en)	<input type="checkbox"/> Bescheid über Krankengeld
<input type="checkbox"/> Mietvertrag <input type="checkbox"/> Mietbescheinigung	<input type="checkbox"/> Wohngeldbescheid
<input type="checkbox"/> Scheidungsurteil, Unterhaltstitel	<input type="checkbox"/> Bescheid über Unterhaltsvorschussleistungen
<input type="checkbox"/> Mutterpass	<input type="checkbox"/> letzter Einkommenssteuerbescheid
<input type="checkbox"/> Nachweis über Kündigung	<input type="checkbox"/> Selbsteinschätzung über selbständige Tätigkeit
<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis / Duldung	<input type="checkbox"/> Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse
<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige Unterlagen und Nachweise .....	

XII. Stellungnahme des Vermittlungsbereichs bzw. des Fallmanagers	<input type="checkbox"/> ohne Anmerkungen
Dieser Abschnitt wird von der <b>zuständigen Stelle</b> (örtliche Agentur für Arbeit, kommunaler Träger oder Arbeitsgemeinschaft der Agentur für Arbeit zusammen mit Sozialhilfeträger) ausgefüllt!	
<b>Prüfung der Erwerbsfähigkeit bei Einschränkungen:</b>	<b><u>muss noch ausformuliert werden</u></b>
Die Dauer der Arbeitszeit (täglich nur .... Stunden) steht der Anwendung des § 8 SGB II entgegen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ÄG veranlasst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit	
<input type="checkbox"/> Arbeitsgenehmigung erteilt bis ..... <input type="checkbox"/> nein    § 65 Abs. 4 SGB II, § 428 SGB III    § 31 SGB II	ÄG <input type="checkbox"/> eingeladen <input type="checkbox"/> §§ 24 – 26 AuslG
<input type="checkbox"/> § 37 AuslG bis ..... <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht eingel.	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ausgehändigt	
Problematik „Stationäre Einrichtung“	<input type="checkbox"/> II 12 folgt Datum/Hz. des Fallmanagers bzw. der Fachkraft des Vermittlungsbereichs .....



## Zusatzblatt zur Eintragung weiterer Angehöriger

Dieses Zusatzblatt ist Bestandteil des Antrages auf Gewährung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II.

Das Zusatzblatt ist zu verwenden, wenn die dafür vorgesehenen Felder in den Ziffern IV, VIII und IX im Antragsvordruck wegen der Anzahl der in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen nicht ausreichen.

### IV. Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller in der Bedarfsgemeinschaft lebenden weiteren Angehörigen

**Zur Bedarfsgemeinschaft gehören:** 1. die erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, 2. die im Haushalt lebenden Eltern oder der im Haushalt lebende Elternteil eines minderjährigen, unverheirateten erwerbsfähigen Kindes und der im Haushalt lebende Partner dieses Elternteils, 3. **als Partner** des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen **a)** der nicht dauernd getrennt lebende Ehegatte **b)** die Person, die mit dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in eheähnlicher Gemeinschaft **lebt c)** der nicht dauernd getrennt lebende Lebenspartner, 4. die dem Haushalt angehörenden minderjährigen unverheirateten Kinder des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen oder seines Partners, soweit sie nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beschaffen können.

*Einzutragen sind die weiteren Angehörigen (das sind in erster Linie die Kinder) in der Reihenfolge des Geburtsdatums.*

14. Name (ggf. Geburtsname)			
15. Vorname			
16. Geburtsdatum			
17. Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> ..... <i>(ggf. Nachweis über Arbeitsgenehmigung vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> ..... <i>(ggf. Nachweis über Arbeitsgenehmigung vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> ..... <i>(ggf. Nachweis über Arbeitsgenehmigung vorlegen)</i>
18. Verwandtschaftsverhältnis			
19. Familienstand (Angaben wie bei Ziffer II. 5. Zeile)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit ..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit ..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit ..... <input type="checkbox"/> .....
20. Berechtigte(r) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
21. Umfang der Erwerbsfähigkeit ②	Der Umfang der möglichen Arbeitszeit beträgt ohne Pausen/Wegezeit täglich ..... Stunden. Grund für eine Einschränkung der oder Nichterwerbsfähigkeit .....	Der Umfang der möglichen Arbeitszeit beträgt ohne Pausen/Wegezeit täglich ..... Stunden. Grund für die Einschränkung oder Nichterwerbsfähigkeit .....	Der Umfang der möglichen Arbeitszeit beträgt ohne Pausen/Wegezeit täglich ..... Stunden. Grund für die Einschränkung oder Nichterwerbsfähigkeit .....
22. Unterbringung in einer stationären Einrichtung ③	seit: ..... Art der Einrichtung .....	seit: ..... Art der Einrichtung .....	seit: ..... Art der Einrichtung .....
23. Auszubildender - auch in Schulausbildung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als ..... bei (Arbeitgeber in Nr. 24 eintragen) Schulform: .....	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als ..... bei (Arbeitgeber in Nr. 24 eintragen) Schulform: .....	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als ..... bei (Arbeitgeber in Nr. 24 eintragen) Schulform: .....
24. Name und Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers			
25. Angabe der Rentenversicherungsnummer ???	..... <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wurde beantragt	..... <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wurde beantragt	..... <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wurde beantragt
26. Erwerbsfähiger behinderter Hilfebedürftiger ④	Schwerbehinderteneigenschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; wenn ja, besteht ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇨ wenn ja, <i>Nachweis vorlegen</i>	Schwerbehinderteneigenschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; wenn ja, besteht ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇨ wenn ja, <i>Nachweis vorlegen</i>	Schwerbehinderteneigenschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; wenn ja, besteht ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇨ wenn ja, <i>Nachweis vorlegen</i>
27. Angaben über die Krankenversicherung ? (KV) Pflegeversicherung ? (PV) und	Pflichtmitglied in der KV, PV und RV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja familienversichert in der KV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja zuständige Krankenkasse:	Pflichtmitglied in der KV, PV und RV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja familienversichert in der KV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja zuständige Krankenkasse:	Pflichtmitglied in der KV, PV und RV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja familienversichert in der KV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja zuständige Krankenkasse:

Rentenversicherung ? (RV) bei Leistungsbezug	..... Rentenversicherungsträger: .....	..... Rentenversicherungsträger: .....	..... Rentenversicherungsträger: .....
--	--	--	--

- ② **Erwerbsfähig** sind Personen, die unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich arbeiten können
- ③ Unter **Unterbringung in einer stationären Einrichtung** versteht man die Unterbringung in einer Anstalt, in einem Heim oder in einer gleichartigen Einrichtung. *Dazu gehört jedoch nicht der Aufenthalt in einem Krankenhaus.*
- ④ **Erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige**, denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben oder Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit erbracht werden, erhalten einen zusätzlichen Mehrbedarf.

### VIII. Einkommensverhältnisse der weiteren Mitglieder innerhalb der Bedarfsgemeinschaft

Art des monatlichen Nettoeinkommens	... der unter Ziffer IV. aufgeführten Personen der Bedarfsgemeinschaft		
Arbeitsentgelt aus Erwerbstätigkeit			
Renten aus der Sozialversicherung Rentenart: .....			
Eink. aus selbständiger Tätigkeit (Selbsteinschätzung)			
Entgeltersatzleistungen, wie <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld, Kunden-Nr. .... <input type="checkbox"/> Krankengeld  <input type="checkbox"/> .....			
<input type="checkbox"/> Kindergeld KG Nr. ....			
Unterhaltszahlungen (Scheidungs-, Trennungs- und Kindesunterhalt)			
<b>Weitere Einkommensarten:</b>			

*Als Nachweis der Einkommensverhältnisse ist grundsätzlich die beim zuständigen Träger erhältliche Einkommenserklärung/Verdienstbescheinigung zu verwenden. Auf Anforderung sind weitere Nachweise erforderlich.*

### IX. Vermögensverhältnisse der weiteren Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft

Vermögenswerte	... der unter Ziffer IV. aufgeführten Personen der Bedarfsgemeinschaft		
Bank- und Sparguthaben, Bargeld, Schecks etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wertpapiere, Aktien, Aktienfonds etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Versicherungsverträge, Bausparverträge etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haus- und Grundbesitz z.B. Ein-/ Mehr- Familienhaus, sonstige Immobilien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Vorhandene Kraftfahrzeuge in der Bedarfsgemeinschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Weiteres Vermögen wie z.B. Ansprüche, Forderungen, Wertsachen (Schmuck u.ä.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Hinweis:** Wenn die unter Ziffer IV aufgeführten Personen über Vermögenswerte verfügen, d. h. **eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet wurde**, füllen Sie bitte das „Zusatzblatt zur Prüfung der Vermögensverhältnisse“ vollständig aus und legen Sie auch die geforderten Nachweise bei der Antragsabgabe vor.





Name des Antragstellers ..... Kunden-Nummer: .....

**Z u s a t z b l a t t**  
zur Feststellung der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung gemäß  
§ 22 SGB II

**Wohnverhältnisse des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und der mit ihm in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen**

1.  Mietwohnung - Name und Anschrift des Hauseigentümers: .....  
Bankverbindung: Bankleitzahl: ..... Kont-Nr. ....  
Angabe des Kreditinstitutes: .....

Ich bin Untermieter bei .....

Zahl der Räume: ..... Wohnfläche: ..... qm; davon untervermietet: ..... Räume

Höhe der anfallenden Miete – ohne Nebenkosten ..... Euro monatlich

Höhe der Nebenkosten: ..... Euro monatlich

Heizkostenpauschale für Zentralheizung – Baujahr: ..... Euro monatlich

Wird die Wohnung zentral mit Warmwasser versorgt  ja  nein

Beheizung der Wohnräume mit  Öl  Gas  Kohle  .....

Werden Brennstoffe selbst beschafft  ja  nein

2.  Besitzer eines  eigenen Haus  einer Eigentumswohnung

Ich / Wir habe(n) freies Wohnrecht bei .....

Anfallende Kosten (z.B. Schuldzinsen, Schuldentilgung, Grundsteuer etc.) monatlich ..... Euro

In der Wohnung leben insgesamt .... Personen. Davon gehören .... Personen zum gemeinsamen Haushalt.

Die Haushaltsgemeinschaft setzt sich zusammen aus den Mitgliedern der Bedarfsgemeinschaft (siehe Ziffern II. und III. des Antrages) und folgenden Personen:

Name, Vorname: ..... Verwandtschaftsverhältnis: .....

Name, Vorname: ..... Verwandtschaftsverhältnis: .....

Wohngeld wurde beantragt am ..... bei .....

Wohngeld wurde bewilligt ab ..... bis einschließlich ..... monatlich ..... Euro.

Wohngeld wurde mit Bescheid vom ..... abgelehnt

**Das Z u s a t z b l a t t kann erst komplett formuliert und  
erstellt werden, wenn die Rechtsverordnung nach § 27 Nr.  
1 SGB II erlassen worden ist.**