

Hinweis: Bitte laden Sie dieses Formular herunter und speichern es auf Ihrem Endgerät ab. Anschließend füllen Sie das abgespeicherte Dokument aus. Alternativ können Sie das Formular ausdrucken und handschriftlich ausfüllen.



Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Vereinfachter Antrag für Bewilligungszeiträume mit Beginn vom 01.03.2020 bis zum 31.12.2021

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



Zutreffendes bitte ankreuzen



Weitere Informationen finden Sie zu der jeweiligen Nummer in den Ausfüllhinweisen

Die nachstehenden 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. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Dieser Antrag wirkt grundsätzlich zurück auf den ersten Tag des Monats der Antragstellung.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer 1	Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt
Straße, Hausnummer	
ggf. wohnhaft bei	
Postleitzahl	Wohnort
<p>► Die Angaben zur Telefonnummer und zur E-Mail-Adresse sind freiwillig. 2</p> Telefonnummer E-Mail-Adresse	

2. Mein Familienstand und meine Wohnsituation

Mein Familienstand:

Ich bin _____ (ledig/verheiratet/...) seit _____.

Meine Wohnsituation:

Ich wohne alleine.

Leben Sie allein, sind unter 2. keine weiteren Angaben erforderlich. Bitte weiter bei Abschnitt 3.

Tag der Antragstellung	
Kundennummer	
Nummer der Bedarfsgemeinschaft	
Dienststelle	Team
Antragstellerin/Antragsteller hat sich ausgewiesen durch <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> sonstiges Ausweispapier (z. B. elektronischer Aufenthaltstitel):	
Gültig bis	
AZR-Nummer	
Personenkennnummer (bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)	
Handzeichen, Datum	
Statistische Erfassung am	
Handzeichen, Datum	
Kassenvermerke	
Festgestellt Handzeichen, Datum	
Angeordnet Handzeichen, Datum	

Ich wohne zusammen mit

Da Sie die Leistungen beantragen, wird davon ausgegangen, dass Sie auch die Vertretung Ihrer Bedarfsgemeinschaft übernommen haben. Dies gilt nicht, wenn über 15-jährige Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Jobcenter erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen, z. B. durch eine eigene Antragstellung (§ 38 SGB II). Zu den nicht vertretenen Personen sind hier keine Angaben erforderlich. **7**

Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

meiner Ehegattin/meinem Ehegatten

meiner eingetragenen Lebenspartnerin/meinem eingetragenen Lebenspartner

meiner Partnerin/meinem Partner in einer Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft („eheähnliche Gemeinschaft“)

_____ unverheirateten Kind(ern) zwischen 15 Jahren und 24 Jahren

Bitte füllen Sie die **Anlage WEP** ggf. für jede dieser Personen aus.

_____ unverheirateten Kind(ern) unter 15 Jahren

▶ Bitte füllen Sie für jedes Kind eine eigene **Anlage KI** aus.

meinen Eltern bzw. einem Elternteil

▶ Sind Sie als Antragstellerin bzw. als Antragsteller unter 25 Jahre alt, füllen Sie bitte für Ihre Eltern jeweils eine **Anlage WEP** aus.
Sind Sie 25 Jahre oder älter, füllen Sie bitte für Ihre Eltern jeweils eine **Anlage HG** aus.

_____ sonstigen Verwandten oder Verschwägerten (zum Beispiel Großeltern, Geschwister über 25 Jahre, verheiratete Kinder, Tanten oder Onkel)

▶ Bitte füllen Sie für jeden Verwandten/Verschwägerten die **Anlage HG** aus.

_____ sonstigen Personen (zum Beispiel andere Personen in einer Wohngemeinschaft)

▶ Ggf. ist eine Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft zu prüfen. Ihr Jobcenter wird Ihnen mitteilen, ob Sie eine **Anlage VE** ausfüllen müssen.

3. Kosten für Unterkunft und Heizung

Ich wohne zur Miete seit _____.

Höhe der tatsächlichen monatlichen Kosten für die Unterkunft

Grundmiete (ohne Nebenkosten)

Nebenkosten (ohne Heizkosten)

Heizkosten

sonstige Wohnkosten **30**

▶ Bitte legen Sie aktuelle Nachweise (Mietvertrag) mit Angabe der jeweiligen Fälligkeit vor.

▶ Sollten Sie eine Direktzahlung der Miete an die Vermieterin/den Vermieter wünschen, geben Sie bitte die entsprechenden Zahlungsdaten an.

Ich wohne im Eigentum.

Höhe der tatsächlichen monatlichen Kosten für das Eigentum

Schuldzinsen ohne Tilgungsraten **31**

Nebenkosten (ohne Heizkosten)
z. B. Grundsteuer, Wasser

Heizkosten und -art (z. B. Strom, Gas)

sonstige Wohnkosten **30**

▶ Bitte legen Sie aktuelle Nachweise mit Angabe der jeweiligen Fälligkeit vor.

4. Persönliche Angaben der Antragstellerin oder des Antragstellers

Ich habe für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen. ▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor oder geben Sie das andere Jobcenter an.	Ja	Nein
Ich fühle mich gesundheitslich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. 9	Ja	Nein
Ich bin Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz . 8 ▶ Legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)) vor.	Ja	Nein
Ich bin Schülerin/Schüler, Studentin/Student 10 oder Auszubildende/Auszubildender . ▶ Falls ja, legen Sie bitte den Bescheid oder Ablehnungsbescheid für BAB oder BAföG vor, wenn vorhanden.	Ja	Nein
Während der Ausbildung bin ich in einem Wohnheim, Internat, einer besonderen Einrichtung für Menschen mit Behinderung oder beim Ausbilder mit voller Verpflegung oder anderweitig mit Kostenerstattung für Unterkunft und Verpflegung untergebracht. 10		
Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). Dauer der Unterbringung von – bis Art der stationären Einrichtung 11	Ja	Nein
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.		

5. Prüfung eines Mehrbedarfs

Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

Ich bin alleinerziehend .		
Ich bin schwanger . 12 ▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.		
Ich erzeuge mein Warmwasser dezentral (z. B. Boiler, Durchlauferhitzer) und habe deshalb einen Mehrbedarf. 13		
Ich benötige aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung . 14 ▶ Bitte füllen Sie die Anlage MEB aus.		
Ich habe eine Behinderung und erhalte 15 <ul style="list-style-type: none">Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) odersonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes oderEingliederungshilfen nach § 112 SGB IX. ▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Bescheid vor.		
Ich bin nicht erwerbsfähig 9 und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G oder aG . 16 ▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis (z. B. Schwerbehindertenausweis) vor.		

6. Einkommen **18**

Ich und/oder ein anderes Mitglied der Bedarfsgemeinschaft hat Einkommen. ▶ Zur Prüfung der Einkommensverhältnisse muss jedes Mitglied der Bedarfsgemeinschaft ab dem vollendeten 15. Lebensjahr bei vorhandenem Einkommen die Anlage EK ausfüllen. Bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit füllen Sie bitte zusätzlich die Anlage KAS aus.		
---	--	--

7. Vermögen **19**

Meine Bedarfsgemeinschaft verfügt über erhebliches Vermögen.	Ja	Nein
Erheblich ist kurzfristig für den Lebensunterhalt verwertbares Vermögen der Antragstellerin/des Antragstellers über 60.000 Euro sowie über 30.000 Euro für jede weitere Person in der Bedarfsgemeinschaft. Beispiele: Barmittel, Sparguthaben, Tagesgelder, Wertpapiersparpläne und -depots. Nicht in die Erheblichkeitsprüfung einzubeziehen sind Vermögensgegenstände, die nicht frei verfügbar sind. Dazu gehören insbesondere selbstgenutzte Wohnimmobilien und typische Altersvorsorgeprodukte wie Kapitallebens- oder -rentenversicherungen. Sollte bei Ihnen erhebliches Vermögen vorliegen, füllen Sie bitte die Anlage VM aus.		

8. Meine Lebenssituation

8.1 Selbständige Tätigkeiten

- Die Angaben sind nur erforderlich, wenn Sie erhebliches Vermögen (Erläuterung unter 7.) haben und derzeit eine selbständige Tätigkeit ausüben oder in Ihrem Berufsleben bereits ausgeübt haben.

Die Anzahl an Jahren, in denen ich insgesamt eine selbständige Tätigkeit ausgeübt habe, beträgt: _____

8.2 Vorrangige Leistungen 20

Ich habe (mögliche) Ansprüche auf andere (Sozial-)Leistungen (z. B. Kindergeld, Kinderzuschlag, Unterhaltsvorschuss, Arbeitslosengeld, Renten, Wohngeld, Ausbildungsförderung, Elterngeld, Mutterschaftsgeld). Ja Nein

Antrag/Anträge auf _____ habe ich gestellt. Ja Nein

Bitte legen Sie den Bescheid/die Bescheide vor, sofern über den Antrag/die Anträge schon entschieden wurde. Ansonsten erläutern Sie bitte Ihren Anspruch.

8.3 Ansprüche gegenüber Dritten 22

Ich habe (mögliche) Ansprüche gegenüber Dritten (z. B. Arbeitgeber, Unterhaltsverpflichtete, Schädiger (z. B. aus einem Unfall)). Ja Nein

Wenn ja, dann bitte erläutern:

9. Kranken- und Pflegeversicherung 25

9.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin oder war zuletzt in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflicht- oder familienversichert.

Name der Krankenkasse

- Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor. Ersatzweise können Sie auch eine Kopie Ihrer gültigen elektronischen Gesundheitskarte vorlegen.

Ich bin **familienversichert** und bin in Zukunft pflichtversichert bei **26**

der bisherigen Krankenkasse.

einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

- Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Krankenkassenwahl vor, wenn Sie die Krankenkasse wechseln. **27**

9.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin **privat** oder **freiwillig** gesetzlich versichert.

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

Ich bin **nicht** versichert.

- Bitte füllen Sie die **Anlage SV, Abschnitt 4** aus.

10. Bildung und Teilhabe

Beachten Sie bitte, dass Personen unter 25 Jahren einen Anspruch auf Leistungen für Bildung und Teilhabe haben können. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem Jobcenter oder dem zuständigen kommunalen Träger.

