

**WICHTIGE HINWEISE UND INFORMATIONEN ZU IHREN PFLICHTEN,
WENN SIE LEISTUNGEN DES SOZIALGESETZBUCH ZWEITES BUCH - SGB II -
IN ANSPRUCH NEHMEN.**

Diese Hinweise sollen Sie über zu beachtende Vorschriften und Ihre wichtigsten Pflichten der im SGB II geregelten **GRUNDSICHERUNG FÜR ARBEITSUCHENDE** informieren, wenn Sie Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld beantragen bzw. bereits beziehen.

Aktive Mitwirkung

Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende setzen voraus, dass sowohl Sie als erwerbsfähiger Hilfebedürftiger als auch die mit Ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen alle Möglichkeiten zur Beendigung oder Verringerung Ihrer Hilfebedürftigkeit ausschöpfen.

Als erwerbsfähiger Hilfebedürftiger müssen Sie aktiv an allen Maßnahmen zu Ihrer Eingliederung in Arbeit mitwirken, insbesondere eine Eingliederungsvereinbarung abschließen. Die gemeinsam mit Ihnen erarbeitete Vereinbarung hält fest, welche Leistungen zur Eingliederung in Arbeit Sie erhalten und welche Bemühungen zur Eingliederung in Arbeit Sie selbst unternehmen müssen und in welcher Form und wie oft Sie diese eigenen Bemühungen zur Eingliederung in Arbeit nachweisen müssen.

Zumutbarkeit von Arbeit für erwerbsfähige Leistungsbezieher

Als Empfänger von Leistungen des SGB II sind Sie verpflichtet, **jede Arbeit anzunehmen**, zu der Sie geistig, seelisch und körperlich in der Lage sind (es sei denn, einer der gesetzlich vorgesehenen Ausnahmetatbestände liegt vor, z.B. bei der Erziehung eines unter dreijährigen Kindes oder die Pflege eines Angehörigen).

Pflichtverletzungen, für die Sie keinen wichtigen Grund anführen können, führen zu einer Absenkung des Arbeitslosengeldes II! So wird z.B. für den, der eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Eingliederungsmaßnahme ablehnt oder keine eigenen Anstrengungen unternimmt Arbeit zu finden, die monatliche Regelleistung um 30 % gekürzt; und das für die Dauer von drei Monaten.

Bei weiterer Pflichtverletzung wird nochmals gekürzt, hierbei können auch der Mehrbedarf und die Kosten für Unterkunft und Heizung betroffen sein. Auch ein völliger Wegfall des Arbeitslosengeldes II ist bei erneuten Pflichtverletzungen nicht ausgeschlossen.

Erwerbsfähige Hilfebedürftige zwischen 15 und 25 Jahren, die eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Eingliederungsmaßnahmen ablehnen oder die sich nicht ausreichend um einen Arbeitsplatz bemühen, erhalten für die Dauer von drei Monaten keine Geldleistung der Grundsicherung. Ein Anspruch auf Sozialhilfe besteht ebenfalls nicht. Kosten für Unterkunft und Heizung werden in dieser Zeit unmittelbar an den Vermieter gezahlt. Der Zugang zu Beratung und Betreuung bleibt erhalten. Ggf. können ergänzende Sach- oder geldwerte Leistungen erbracht werden.

Antragstellung

Leistungen der Grundsicherung müssen Sie beantragen. Für Tage vor der Antragstellung können Leistungen nicht bewilligt werden. Um eine Verzögerung bei der Bearbeitung zu vermeiden, wird geraten, den Antrag noch vor dem 01.01.2005 zu stellen. Der Antrag ist an keine Form gebunden. Sie können ihn schriftlich oder auch persönlich stellen. Die erforderlichen Unterlagen müssen Sie aber in jedem Fall noch nachreichen.

- Fortsetzung auf der Rückseite -

Mitwirkungs- und Mitteilungspflicht

Um Ihren Leistungsanspruch prüfen und feststellen zu können, kann auf Ihre Mitwirkung nicht verzichtet werden. Sie müssen alle Tatsachen angeben, die für die Leistung bedeutsam sind und im Antragsbogen abgefragt werden. Sind Auskünfte dritter Personen erforderlich, müssen Sie der Auskunfterteilung durch diese Personen zustimmen. Werden Beweismittel (Urkunden, Nachweise) benötigt, so müssen Sie diese benennen oder selbst vorlegen.

Während der Zeit, für die Sie Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende erheben, sind Sie verpflichtet, sich nach Aufforderung persönlich zu melden und gegebenenfalls zu einer ärztlichen oder psychologischen Untersuchung zu erscheinen.

Darüber hinaus sind Sie verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen mitzuteilen, die sich später zu den von Ihnen gemachten Angaben ergeben. Nur so können Leistungen in korrekter Höhe gezahlt oder Überzahlungen vermieden werden. Dies gilt auch, wenn Änderungen eintreten, die sich rückwirkend auf die Leistung auswirken können, z.B. die rückwirkende Bewilligung einer Rente.

Sie müssen insbesondere sofort mitteilen, wenn

- Sie eine berufliche Tätigkeit aufnehmen – auch als Selbständiger oder mithelfender Familienangehöriger. Verlassen Sie sich nicht auf eventuelle Zusagen anderer, Ihre Beschäftigungsaufnahme anzuzeigen. Hierzu sind ausschließlich Sie selbst verpflichtet. Dies gilt auch für Ihren Ehegatten/(Lebens-)Partner oder einen Angehörigen in der Bedarfsgemeinschaft,
- Sie als erwerbsfähiger Hilfebedürftiger arbeitsunfähig erkranken und wenn Sie wieder arbeitsfähig sind. Die Arbeitsunfähigkeit und ihre voraussichtliche Dauer sind von Ihnen nachzuweisen,
- Sie Mutterschaftsgeld oder ähnliche Leistungen beantragen oder erhalten,
- Sie Renten aller Art, insbesondere Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beantragen oder erhalten,
- sich Ihre Anschrift ändert. Bitte beachten Sie, dass im Falle eines Vertragsabschlusses über eine neue Unterkunft die Zusicherung des zuständigen Trägers zu der Höhe der Aufwendungen der neuen Unterkunft einzuholen ist,
- Sie heiraten oder eine (Lebens-)Partnerschaft eingehen, sich von Ihrem Ehegatten oder (Lebens-)Partner dauernd trennen oder Ihre Ehe oder Lebenspartnerschaft endet,
- sich Ihr Einkommen oder Ihr Vermögen bzw. das Einkommen oder Vermögen Ihres Ehegatten/(Lebens-)Partners und der Angehörigen in der Bedarfsgemeinschaft ändert,
- Ihnen oder Ihrem Ehegatten/(Lebens-)Partner Erträge aus Vermögen gutgeschrieben werden (z.B. Zinsen, Dividenden) oder Steuererstattungen zufließen.

Bitte teilen Sie Änderungen umgehend mit und achten Sie auf die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Die Beachtung dieser Mitwirkungspflichten liegt besonders auch in Ihrem Interesse. Sollten Sie unvollständige bzw. falsche Angaben machen oder Änderungen nicht bzw. nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie gegebenenfalls nicht nur zu Unrecht erhaltene Leistungen rückerstatten, sondern Sie erfüllen ggf. einen Ordnungswidrigkeits- oder Straftatbestand. Leistungsmissbrauch wird u.a. mit modernen Methoden der Elektronischen Datenverarbeitung - auch in übergreifender Zusammenarbeit mit anderen Behörden und Trägern - aufgedeckt und mit Nachdruck verfolgt und geahndet, um die Gemeinschaft der Steuerzahler zu schützen.

Für den weiteren Arbeitslosenhilfebezug im Jahr 2004 ist zu beachten, dass Sie verpflichtet sind, der Agentur für Arbeit jede Änderung in den Verhältnissen, die für den Anspruch auf **Arbeitslosenhilfe** erheblich ist, unverzüglich mitzuteilen.

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

- ARBEITSLOSENGELD II / SOZIALGELD -

Dienststelle
Referenznummer
Nr. der Bedarfsgemeinschaft
Org. Einheit
- bitte ausfüllen, wenn bekannt -

Tag der Antragstellung

EINGANGSSTEMPEL

I. Allgemeine Daten des Antragstellers/der Antragstellerin
Familienname
Vorname
Straße, Haus-Nr. - ggf. bei wem -
PLZ, Wohnort
Telefonnummer (mit Vorwahl) und/oder E-Mail-Adresse für Rückfragen
Bankverbindung (bitte angeben, weil die Leistungen bargeldlos überwiesen werden) BLZ Konto-Nr.
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.

- nicht vom Antragsteller auszufüllen -

Antrag angenommen am:

Der Antragsteller/Die Antragstellerin hat sich ausgewiesen durch:

Bundespersonalausweis
 Pass
 Sonstige Ausweispapiere (Hz. Datum)

Hinweise für die Sachbearbeitung (wird von der zuständigen Stelle eingetragen)
Personen <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤
Arbeitsaufnahme am
Erste Lohn-/Gehaltszahlung am
Arbeitsunfähig ab
Sonstiges (Hz. Dat./Org. E)

II. Persönliche Verhältnisse		
	des Antragstellers / der Antragstellerin Ich bin <input type="checkbox"/> allein stehend <input type="checkbox"/> allein erziehende(r) Mutter/Vater Die Kinder sind in Abschnitt III einzutragen. <div style="text-align: center;">①</div>	des Partners / der Partnerin des Antragstellers / der Antragstellerin nach Nr. ①, also des <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten <input type="checkbox"/> Partners in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners <div style="text-align: center;">②</div>
Name (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum, Geburtsort		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)		

	①	②
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Können Sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen
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 _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.
Mögliche Ausschlussgründe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - nicht vom Antragsteller auszufüllen -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - nicht vom Antragsteller auszufüllen -
Wenn Sie bislang Sozialhilfe bezogen haben, müssen Sie für den Bezug von Arbeitslosengeld II eine Krankenkasse wählen. Legen Sie bitte danach die Mitgliedsbescheinigung vor!		
Krankenversicherung (KV)	Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse	Er/sie ist in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse
	Versichertennummer: Wenn nein: <input type="checkbox"/> Ich war bisher nicht krankenversichert. ⇒ Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor. <input type="checkbox"/> Ich war bisher privat krankenversichert. (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	Versichertennummer: Wenn nein: <input type="checkbox"/> Er/sie war bisher nicht krankenversichert. ⇒ Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor. <input type="checkbox"/> Er/sie war bisher privat krankenversichert. (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)
Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin von Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner getrennt leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen familienversichert werden können.		
Getrennt lebend? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte ausfüllen ⇒	Angaben zum Ehegatten/ingetr. Lebenspartner Name, Vorname _____ Name und Sitz der Krankenkasse	Angaben zum Ehegatten/ingetr. Lebenspartner Name, Vorname _____ Name und Sitz der Krankenkasse
	Versichertennummer:	Versichertennummer:
Wichtiger Hinweis: Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin bei einem Elternteil familienversichert werden.		
23. Lebensjahr bereits vollendet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn nein, bitte ausfüllen ⇒	Angaben zur Mutter Name, Vorname, Geburtsdatum	Angaben zur Mutter Name, Vorname, Geburtsdatum
	Name und Sitz der Krankenkasse	Name und Sitz der Krankenkasse
	Versichertennummer:	Versichertennummer:
	Angaben zum Vater Name, Vorname, Geburtsdatum	Angaben zum Vater Name, Vorname, Geburtsdatum
	Name und Sitz der Krankenkasse	Name und Sitz der Krankenkasse
	Versichertennummer:	Versichertennummer:

	①	②
Rentenversicherung (RV)	Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> der Arbeiter <input type="checkbox"/> der Angestellten	Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> der Arbeiter <input type="checkbox"/> der Angestellten
	RV-Nr.:	RV-Nr.:
	<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 (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)

III. Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen			
Leben weitere Angehörige im gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, tragen Sie bitte die weiteren Angehörigen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein. Bei vier oder mehr Angehörigen ist das Zusatzblatt 4 zu verwenden.			
	③	④	⑤
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/ Partner(in)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
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: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
Berechtigte(r) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen
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 vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.
Mögliche Ausschlussgründe	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Die folgenden Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung der Angehörigen sind nur zu beantworten, wenn diese das 14. Lebensjahr vollendet haben.			
	③	④	⑤
Krankenversicherung (KV)	<input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse
	Versichertennummer:	Versichertennummer:	Versichertennummer:
	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)
	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert
Rentenversicherung (RV)	Versicherungsweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV der <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellten	Versicherungsweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV der <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellten	Versicherungsweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV der <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellten
	RV-Nr.:	RV-Nr.:	RV-Nr.:
	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/Geburtsort:	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/Geburtsort:	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/Geburtsort:

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) Angehöriger/Angehörige innerhalb der Haushaltsgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> ist schwanger.	⇒ Name, Vorname: _____ Legen Sie bitte den Mutterpass vor!
<input type="checkbox"/> gehört zum Personenkreis der schwer behinderten Menschen und erhält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.	⇒ Name, Vorname: _____ Legen Sie bitte den Bewilligungsbescheid vor!
<input type="checkbox"/> Bedarf aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung.	⇒ 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.	

V. Wohnverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen	
Kosten für 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 oder Geldeswert zu berücksichtigen. Haben Sie und/oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Angehörigen Einnahmen aus <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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? 	
<input type="checkbox"/>	Keine der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einkommen.
<input type="checkbox"/>	Folgende der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einkünfte:
Name, Vorname _____	Art des Einkommens _____
Name, Vorname _____	Art des Einkommens _____
Name, Vorname _____	Art des Einkommens _____
Reichen Sie bitte als Nachweis der Einkommensverhältnisse das Zusatzblatt 2 – getrennt für jeden Einkommensbezieher – ein. Bei Bezug von Sozialleistungen legen Sie bitte zusätzlich den a k t u e l l e n Bewilligungsbescheid vor.	
<input type="checkbox"/>	Es besteht ein Anspruch auf Kindergeld in Höhe von monatlich _____ Euro Kindergeld-Nr. _____
⇒ Aktuellen Nachweis vorlegen (z.B. Kontoauszug über Höhe des Kindergeldes) Personen <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> 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 Ein- oder Mehrfamilienhaus), Eigentumswohnung, sonstige Immobilien,
- ▶ sonstige Vermögensgegenstände, wie z.B. Wertsachen, Gemälde?

⇒ Ich (Antragsteller) und/oder mein/e Partner/in (vgl. Abschnitt II) haben Vermögen, das den Wert von 4.850 Euro je Person (also bei Partnern insgesamt 9.700 Euro) übersteigt. ja nein

⇒ Die im Abschnitt III aufgeführten weiteren Angehörigen haben Vermögen, das den Wert von je 750 Euro übersteigt. ja nein

Wenn eine der beiden Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, ist das Zusatzblatt 3 auszufüllen.

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.			
Name, Vorname des Unterhaltsberechtigten			

Bitte Nachweise vorlegen, wie z.B. Unterhaltstitel, Vergleich, schriftliche Vereinbarung, Urkunde über die Höhe des Unterhalts.

Unterhaltsleistungen werden erbracht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 ausfüllen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 ausfüllen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 ausfüllen
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 dem Ausscheiden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wenn ja, Name, Vorname:	Anschrift des Arbeitgebers:
	Grund:	
	Gericht/AZ:	
2.	Haben Sie oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen (eine) andere Leistung(en) beantragt oder beabsichtigen Sie einen entsprechenden Antrag zu stellen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	⇒ Anzugeben sind insbesondere alle Rentenarten, Ausgleichszahlungen des ehemaligen Arbeitgebers, Kindergeld, Kinderzuschlag nach § 6a Bundeskindergeldgesetz, Wohngeld, Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII.	
	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. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wenn ja, Angabe des/der Geschädigten:	
	Bitte – soweit noch nicht geschehen – den Unfallbogen 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 oder beim Sozialhilfeträger beantragt bzw. bezogen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja	folgende Leistungen: _____ zuletzt am: _____	
	Name, Vorname: _____	
	Bei wem (zuständiger Träger)? _____	
	AZ/Kunden-Nr./Nr. der Bedarfsgemeinschaft: _____	

Die folgenden Angaben sind notwendig, um zu bestimmen, ob Anspruch auf einen befristeten Zuschlag zum Arbeitslosengeld II nach dem Bezug von Arbeitslosengeld besteht.

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

1.	Name _____	Vorname _____	Kunden-Nr. _____
Ende des Arbeitslosengeldbezuges am: _____ Zuletzt bezogenes Arbeitslosengeld (Alg) <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich _____ Euro Bitte Beendigungsschreiben (letzter Tag des Alg-Anspruchs) und Bewilligungsbescheid (Höhe des Alg) beifügen! Zuletzt gezahltes Wohngeld _____ Euro monatlich (Bescheid über Höhe des Wohngeldes vorlegen)			
<input type="checkbox"/> Es wurde der Eintritt einer Sperzeit für den Zeitraum vom _____ bis _____ festgestellt. <input type="checkbox"/> Der Anspruch ist wegen Eintritts einer Sperzeit ab _____ erloschen. Bitte Sperzeitbescheid oder Erlöschensbescheid beifügen!			
2.	Name _____	Vorname _____	Kunden-Nr. _____
Ende des Arbeitslosengeldbezuges am: _____ Zuletzt bezogenes Arbeitslosengeld (Alg) <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich _____ Euro Bitte Beendigungsschreiben (letzter Tag des Alg-Anspruchs) und Bewilligungsbescheid (Höhe des Alg) beifügen! Zuletzt gezahltes Wohngeld _____ Euro monatlich (Bescheid über Höhe des Wohngeldes vorlegen)			
<input type="checkbox"/> Es wurde der Eintritt einer Sperzeit für den Zeitraum vom _____ bis _____ festgestellt. <input type="checkbox"/> Der Anspruch ist wegen Eintritts einer Sperzeit ab _____ erloschen. Bitte Sperzeitbescheid oder Erlöschensbescheid 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 Agentur für Arbeit bzw. gegenüber der Arbeitsgemeinschaft der Agentur für Arbeit und dem Sozialhilfeträger oder dem Sozialhilfeträger erklären, dass diese ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen (§ 38 SGB II).

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffen. Änderungen insbesondere der 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

Unterschrift Antragsteller/
Antragstellerin

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/
Antragstellerin

Ort/Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter
(falls Antragsteller minderjährig)

Ort/Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter
(falls Antragsteller minderjährig)

Ist ein Betreuer/Vormund/Beistand bestellt?

nein ja ► durch: _____ AZ.: _____

Wirkung der Betreuung: _____ (Nachweise vorlegen)

Ort/Datum

Unterschrift

ZUSATZBLATT 1
ZUR FESTSTELLUNG DER ANGEMESSENEN KOSTEN
FÜR UNTERKUNFT UND HEIZUNG

Antragsteller	
Name	Nr. der Bedarfsgemeinschaft
Vorname	Kundennummer
Straße, Haus-Nr. - ggf. bei wem -	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer (mit Vorwahl) und/oder E-Mail-Adresse für Rückfragen	
Bankverbindung	
BLZ	Konto-Nr.
bei Bank/Postbank/Sparkasse, sonstigem Kreditinstitut	
Name des Kontoinhabers	

Muster

<p>Wohnverhältnisse des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und der im Haushalt lebenden Personen</p>	
①	<input type="checkbox"/> Mietwohnung Name und Anschrift des Vermieters: _____ _____ Bankverbindung des Vermieters: BLZ: _____ Konto-Nr.: _____ bei Bank/Postbank/Sparkasse, sonstigem Kreditinstitut: _____ Höhe der anfallenden Miete (ohne Garage, Stellplatz und Nebenkosten): _____ Euro monatlich (bitte Mietvertrag oder entsprechende Unterlagen vorlegen)
②	<input type="checkbox"/> Ich bin / wir sind Eigentümer eines <input type="checkbox"/> eigenen Hauses <input type="checkbox"/> einer Eigentumswohnung Anfallende Schuldzinsen: _____ Euro monatlich (bitte Belege beifügen)
③	<input type="checkbox"/> Ich / Wir habe(n) freies Wohnrecht bei: _____
④	<input type="checkbox"/> Angaben zur Wohnung / zum Haus Gesamtgröße der Wohnung/des Hauses: _____ Anzahl der Räume: _____ Wohnflächenanteil: _____ Anzahl Küchen: _____ bezugsfertig seit: _____ Anzahl Bäder: _____ Bei Eigentum: Anzahl Wohneinheiten _____

⑤ Heizkosten (bitte Nachweise vorlegen): _____ Euro monatlich

Heizkostenpauschale für Zentralheizung – Baujahr: _____ Euro monatlich

Wird die Wohnung zentral mit Warmwasser versorgt? ja nein

Werden Brennstoffe selbst beschafft? ja nein

Nebenkosten (bitte Nachweise vorlegen): _____ Euro monatlich

Sonstige Wohnkosten (bitte Nachweise vorlegen): _____ Euro monatlich

⑥ Wohngeld wurde beantragt am _____ bei _____

Wohngeld wurde bewilligt ab _____ bis _____ in Höhe von _____ Euro monatlich

Wohngeld wurde mit Bescheid vom _____ abgelehnt (bitte Nachweise vorlegen)

⑦ In der Wohnung/in dem Haus leben folgende Personen:

Name, Vorname: _____	Verwandtschaftsverhältnis: _____

Davon haben lt. notarieller Urkunde freies Wohnrecht: _____

Ich versichere, dass die Angaben zutreffen.

Muster

_____ Ort/Datum	_____ Unterschrift Antragsteller/ Antragstellerin	_____ Ort/Datum	_____ Unterschrift gesetzlicher Vertreter (falls Antragsteller minderjährig)
--------------------	---	--------------------	--

ZUSATZBLATT 2

EINKOMMENSERKLÄRUNG/VERDIENSTBESCHEINIGUNG

- FÜR DEN ANTRAGSTELLER SOWIE FÜR ANGEHÖRIGE ZU VERWENDEN -

Antragsteller

Name: _____

Vorname: _____

Nr. der Bedarfs-
gemeinschaft: _____

Kunden-
Nummer: _____

Muster

Angaben zum Einkommen des Antragstellers bzw. Angehörigen:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Die Pflicht zur Auskunftserteilung ergibt sich aus § 60 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch. Bitte Änderungen/Ergänzungen gesondert mit Unterschrift bestätigen. Der Antragsteller kann auch bei unmittelbarer Rückgabe des Vordrucks (Angaben zum Antragsteller müssen ausgefüllt sein) Einblick in die Bescheinigung erhalten (Anhörungsrecht gemäß § 24 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch).

Ich habe folgendes Einkommen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung lt. Bescheinigung des Arbeitgebers auf der Rückseite
- Einkommen aus einer selbständigen Tätigkeit gemäß umseitiger Selbsteinschätzung
- Rente, Pension _____ mtl. in Höhe von _____ Euro
Bitte Rentenart angeben und letzten Rentenbescheid beifügen (Kopie ist ausreichend).
Wenn Sie Altersrente oder Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, beantworten Sie bitte auch folgende Frage:
Sind Sie im Besitz eines Ausweises über die Eigenschaft als Schwerbehinderter mit dem Merkzeichen G? ja nein
- Arbeitslosengeld _____ täglich wöchentlich _____ Euro
Bitte geben Sie auch die Höhe des Bemessungsentgeltes an: täglich wöchentlich _____ Euro
- Sonstiges Einkommen (Vgl. Abschnitt VI des Antragsvordruckes. Bitte Nachweise beifügen.)
Art: _____ vom _____ bis _____ mtl. in Höhe von _____ Euro
Art: _____ vom _____ bis _____ mtl. in Höhe von _____ Euro
- Einmalige Einnahmen (z.B. Steuerrückerstattungen, Abfindungen, Eigenheimzulage)
Art: _____ zugeflossen am _____ in Höhe von _____ Euro

Aufwendungen durch mein Arbeitsverhältnis, die mir nicht vom Arbeitgeber oder Dritten erstattet werden:

Hinweis:

Die mit Erzielung des Einkommens aus unselbständiger Erwerbstätigkeit verbundenen notwendigen Ausgaben (Werbungskosten) werden pauschal berücksichtigt. Der Absetzbetrag beträgt monatlich ein Sechzigstel der steuerrechtlichen Werbungskostenpauschale (15,33 Euro mtl.). Entstehende Aufwendungen für die Fahrt zur Arbeitsstätte werden zusätzlich mit 0,06 Euro je km vom Einkommen abgesetzt. Entstehen höhere notwendige Ausgaben, müssen diese nachgewiesen werden.

- Kürzeste Straßenverbindung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte in _____
Die einfache Strecke beträgt _____ km, zurückgelegt an regelmäßig _____ Arbeitstagen je Woche.
- Ich habe höhere Aufwendungen, z.B. für eine Monatskarte bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (bitte Nachweise beifügen):
Art: _____ mtl. in Höhe von _____ Euro

Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen (auch bei sonstigem Einkommen)

- Gebäudeversicherung: monatlich ¼ jährlich ½ jährlich jährlich _____ Euro
- Kfz.-Versicherung (ohne Teil-/Vollkasko): monatlich ¼ jährlich ½ jährlich jährlich _____ Euro
- Sonstige gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen: monatlich ¼ jährlich ½ jährlich jährlich _____ Euro
- Geförderte Altersvorsorgebeiträge (Beiträge zur „Riester-Rente“): monatlich ¼ jährlich ½ jährlich jährlich _____ Euro
- Bitte Nachweise beifügen.

Hinweis:

Für nicht gesetzlich vorgeschriebene private Versicherungen, die nach Grund und Höhe angemessen sind, wird vom Einkommen monatlich pauschal ein fester Betrag abgesetzt. Für diese Versicherungen brauchen Sie daher keine Nachweise vorzulegen. Nur wenn Sie in der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung nicht versicherungspflichtig sind, können Beiträge zur Vorsorge für den Fall der Krankheit, der Pflegebedürftigkeit und der Altersvorsorge vom Einkommen abgesetzt werden. Hierzu sind ggf. entsprechende Nachweise beizufügen.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Muster

Datum _____

Unterschrift des Antragstellers / des Angehörigen / des gesetzlichen Vertreters _____

Bescheinigung des Arbeitsentgelts durch den Arbeitgeber

Diese Bescheinigung ist eine Urkunde. Zu Angaben über das Arbeitsentgelt ist der Arbeitgeber nach § 60 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch verpflichtet. Änderungen/Ergänzungen bestätigen Sie bitte gesondert mit Unterschrift.

Bescheinigung für:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Das laufende Arbeitsentgelt des Genannten für den letzten abgerechneten Monat betrug:

- einschließlich Überstundenvergütungen, steuerpflichtiger Zuschläge und Zulagen, des Wertes von Sachbezügen (z.B. freie Kost, Wohnung), einmaliger und wiederkehrender Zuwendungen (z.B. 13. Monatsgehalt, Weihnachtsgeld, zusätzliches Urlaubsgeld, Jubiläumszuwendung) u.ä.
- ohne Kindergeld

Monat / Jahr (bei Teilmonaten genauer Zeitraum) Monat _____ 200 _____
 vom _____ bis _____ 200 _____

Bruttoarbeitsentgelt: _____ Euro

Liegt Sozialversicherungspflicht vor? ja nein Wenn ja, sozialversicherungspfl. Entgelt: _____ Euro

Nettoarbeitsentgelt (nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung): _____ Euro

Weitere laufende Leistungen
(z.B. Winterausfallgeld, Winterausfallgeld-Vorausleistung, Kurzarbeitergeld, Zuschüsse zum Krankengeld/ Krankenversicherungs- oder Rentenversicherungsbeitrag) Art: _____ Euro

Die Auszahlung ist / war jeweils fällig am: _____ des laufenden Monats des Folgemonats

Die Beschäftigung wird ausgeübt seit: _____ Das Einkommen ist monatlich gleich hoch ja nein

Für Rückfragen und Schriftwechsel:

Ansprechpartner/in: _____

Telefondurchwahl: _____

Geschäftszeichen: _____

Muster

Datum / Unterschrift des Arbeitgebers oder seines Beauftragten

Name und Anschrift (Firmenstempel)

Selbsteinschätzung bei Einkommen aus selbständiger Tätigkeit

Art der selbständigen Tätigkeit: _____

Voraussichtliche Betriebseinnahmen: vom _____ bis _____ Euro mtl.

Hinweis: Von den Betriebseinnahmen werden pauschal 30 v.H. als Betriebsausgaben abgesetzt, sofern Sie nicht höhere Betriebsausgaben nachweisen.

Ich habe folgende höhere Aufwendungen (bitte Belege beifügen):

Betriebsausgaben: _____ Euro mtl.

Sonstige Ausgaben (bitte erläutern): _____ Euro mtl.

_____ Euro mtl.

_____ Euro mtl.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Muster

Datum

Unterschrift des Selbständigen

ZUSATZBLATT 3

ZUR FESTSTELLUNG DES ZU BERÜCKSICHTIGENDEN VERMÖGENS

Antragsteller

Name:

Vorname:

Nr. der Bedarfs-
gemeinschafts-
Kunden-
Nummer:

Muster

Vermögen ist die Gesamtheit der in Geld messbaren Güter einer Person, bewertet zum Zeitpunkt der Antragstellung, soweit das Vermögen nicht später erworben wurde.

Zum Vermögen gehören – **unabhängig davon, ob es im In- oder Ausland vorhanden ist** – insbesondere Bargeld, Bank- und Sparguthaben, Wertpapiere, Bausparguthaben, Aktien und Fondsanteile ebenso wie Forderungen, bewegliches Vermögen, Haus- und Grundeigentum sowie dingliche Rechte an Grundstücken. Von Bedeutung sind Ihr eigenes Vermögen und das Vermögen der mit Ihnen im Haushalt lebenden Angehörigen.

Alle Angaben über vorhandenes Vermögen und Belastungen sind grundsätzlich durch geeignete Nachweise zu belegen. Fügen Sie bitte ggf. auch eine Bescheinigung Ihres Kreditinstitutes über Gebühren und Beleihungszinsen bei.

① Haben Sie, Ihr Partner oder die im Haushalt lebenden Angehörigen (vgl. Abschnitt II und III des Antrages) Freistellungsaufträge für Kapital-/Zinserträge (z.B. bei Kreditinstituten, Bausparkassen, Lebensversicherungsunternehmen, Bundes-/Landesschuldenverwaltungen) erteilt? ja nein

Wenn ja:

Anzahl der Freistellungsaufträge _____ Antragsteller _____ Ehegatte/Partner _____ Gemeinsam

Sonstige Personen ⇄ _____ Name _____

_____ Name _____

_____ Name _____

② Verfügen Sie, Ihr Ehegatte bzw. (Lebens-)Partner und weitere im Haushalt lebende Personen über Konten bzw. Geldanlagen?

2.1 Girokonten:

Gesamtbetrag _____ Euro Kontoinhaber _____

2.2 Bargeld:

Gesamtbetrag _____ Euro Inhaber _____

Gesamtbetrag _____ Euro Inhaber _____

2.3 Sparbücher:

ja nein

- ◆ Gesamtbetrag _____ Euro Zinsen im letzten Jahr _____ Euro
Inhaber des Sparbuchs _____
- ◆ Gesamtbetrag _____ Euro Zinsen im letzten Jahr _____ Euro
Inhaber des Sparbuchs _____
- ◆ Gesamtbetrag _____ Euro Zinsen im letzten Jahr _____ Euro
Inhaber des Sparbuchs _____

2.4 Sparbriefe / Sonstige Wertpapiere (z.B. Aktien, Fonds-Anteile usw.):

ja nein

- ◆ Inhaber der Geldanlage _____
derzeitiger Wert Erträge letztes Jahr Kosten bei vorzeitiger Auflösung
_____ Euro _____ Euro Gebühr _____ Euro
Gutschriftzinssatz _____
Beleihungzinssatz _____
- ◆ Inhaber der Geldanlage _____
derzeitiger Wert Erträge letztes Jahr Kosten bei vorzeitiger Auflösung
_____ Euro _____ Euro Gebühr _____ Euro
Gutschriftzinssatz _____
Beleihungzinssatz _____
- ◆ Inhaber der Geldanlage _____
derzeitiger Wert Erträge letztes Jahr Kosten bei vorzeitiger Auflösung
_____ Euro _____ Euro Gebühr _____ Euro
Gutschriftzinssatz _____
Beleihungzinssatz _____

2.5 Kapitallebensversicherungen / private Rentenversicherungen:

ja nein

- ◆ Vertragspartner _____
Auszahlungsbetrag bei Rückkauf bisher eingezahlt Versicherungssumme
_____ Euro _____ Euro _____ Euro
- ◆ Vertragspartner _____
Auszahlungsbetrag bei Rückkauf bisher eingezahlt Versicherungssumme
_____ Euro _____ Euro _____ Euro
- ◆ Vertragspartner _____
Auszahlungsbetrag bei Rückkauf bisher eingezahlt Versicherungssumme
_____ Euro _____ Euro _____ Euro

<p>2.6 Bausparverträge:</p> <p>◆ Inhaber des Bausparvertrages _____ Guthaben _____ Euro</p> <p>◆ Inhaber des Bausparvertrages _____ Guthaben _____ Euro</p> <p>◆ Inhaber des Bausparvertrages _____ Guthaben _____ Euro</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>③ Sind Sie oder im Haushalt lebende Angehörige von der Rentenversicherungspflicht befreit? Wenn ja: Welche der unter Ziffer ② genannten Geldanlagen dienen der Alterssicherung?</p> <p>_____</p> <p>Welche Person ist befreit? (Bitte Befreiungsbescheid beifügen)</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>④ Verfügen Sie oder eine der im Haushalt lebenden Personen über steuerlich gefördertes Altersvorsorgevermögen? Wenn ja: Bitte aktuellen Kontostand nachweisen und Vertrag vorlegen.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>⑤ ① Sind Sie oder eine mit Ihnen im Haushalt lebende Person, ggf. gemeinsam, Eigentümer bebauter Grundstücke und/oder einer Eigentumswohnung?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Wenn ja:</p> <p>◆ Name des/der Eigentümer(s) _____</p> <p>Grundstücksgröße _____ qm Verkehrswert _____ Euro</p> <p>Wohnfläche _____ qm Miet-/Pachteinnahmen _____ Euro</p> <p>selbst bewohnt _____ qm Belastungen _____ Euro</p> <p>◆ Name des/der Eigentümer(s) _____</p> <p>Grundstücksgröße _____ qm Verkehrswert _____ Euro</p> <p>Wohnfläche _____ qm Miet-/Pachteinnahmen _____ Euro</p> <p>selbst bewohnt _____ qm Belastungen _____ Euro</p> <p>◆ Name des/der Eigentümer(s) _____</p> <p>Grundstücksgröße _____ qm Verkehrswert _____ Euro</p> <p>Wohnfläche _____ qm Miet-/Pachteinnahmen _____ Euro</p> <p>selbst bewohnt _____ qm Belastungen _____ Euro</p>	
<p>⑤ ② Sind Sie oder eine mit Ihnen im Haushalt lebende Person, ggf. gemeinsam, Eigentümer unbebauter Grundstücke?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Wenn ja:</p> <p>◆ Name des/der Eigentümer(s) _____</p> <p>Grundstücksgröße _____ qm Miet-/Pachteinnahmen _____ Euro</p> <p>Belastungen _____ Euro Verkehrswert _____ Euro</p> <p>◆ Name des/der Eigentümer(s) _____</p> <p>Grundstücksgröße _____ qm Miet-/Pachteinnahmen _____ Euro</p> <p>Belastungen _____ Euro Verkehrswert _____ Euro</p>	

♦ Name des/der Eigentümer(s) _____ Grundstücksgröße _____ qm Miet-/Pachteinnahmen _____ Euro Belastungen _____ Euro Verkehrswert _____ Euro	
⑥ Haben Sie oder eine mit Ihnen im Haushalt lebende Person, ggf. gemeinsam, sonstiges Vermögen (z.B. Edelmetalle, Antiquitäten, Gemälde)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Wenn ja:</u> Wert _____ Euro Bezeichnung: _____	
⑦ Sind Kraftfahrzeuge (Kfz) vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
♦ Besitzer des Kfz ist _____ amtliches Kennzeichen _____ Fabrikat _____ Modell _____ Alter des Kfz _____ geschätzter Wert _____ Euro ggf. noch bestehende Kreditverbindlichkeiten für das Kfz _____ Euro ♦ Besitzer des Kfz ist _____ amtliches Kennzeichen _____ Fabrikat _____ Modell _____ Alter des Kfz _____ geschätzter Wert _____ Euro ggf. noch bestehende Kreditverbindlichkeiten für das Kfz _____ Euro ♦ Besitzer des Kfz ist _____ amtliches Kennzeichen _____ Fabrikat _____ Modell _____ Alter des Kfz _____ geschätzter Wert _____ Euro ggf. noch bestehende Kreditverbindlichkeiten für das Kfz _____ Euro	
⑧ Wurde Vermögen im In- oder Ausland verschenkt oder gespendet oder auf eine andere Person übertragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Wenn ja:</u> Höhe _____ Euro Zeitpunkt des Ereignisses _____ Verwendungszweck/Empfänger _____ Höhe _____ Euro Zeitpunkt des Ereignisses _____ Verwendungszweck/Empfänger _____	

Ich versichere, dass die Angaben zutreffen. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.	Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen bei den Fragen zu den Punkten:
_____ Ort / Datum Unterschrift Antragsteller / Antragstellerin	_____ Ort / Datum Unterschrift Antragsteller / Antragstellerin
_____ Ort / Datum Unterschrift gesetzlicher Vertreter (falls Antragsteller minderjährig)	_____ Ort / Datum Unterschrift gesetzlicher Vertreter (falls Antragsteller minderjährig)

ZUSATZBLATT 4 ZUR EINTRAGUNG WEITERER ANGEHÖRIGER

Antragsteller

Name:

Nr. der Bedarfs-
gemeinschaft

Vorname:

Muster

Kunden-
Nummer:

Das Zusatzblatt ist zu verwenden, wenn die vorgesehenen Felder im **Abschnitt III** des Antragsvordrucks wegen der Anzahl der im Haushalt lebenden Angehörigen nicht ausreichen.

Ergänzende Angaben zu Abschnitt III des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes - Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller in einem Haushalt lebenden weiteren Personen -



Die weiteren Angehörigen sind in der Reihenfolge des Geburtsdatums einzutragen.

Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/ Partner(in)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
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: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
Berechtigte(r) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen
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 vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.
Mögliche Ausschlussgründe	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

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

Krankenversicherung (KV)	<input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse
	Versichertennummer:	Versichertennummer:	Versichertennummer:
	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)
	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert
Rentenversicherung (RV)	Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV der <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellten	Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV der <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellten	Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV der <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellten
	RV-Nr.:	RV-Nr.:	RV-Nr.:
	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/Geburtsort:	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/Geburtsort:	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/Geburtsort:

Ergänzende Angaben zu Abschnitt VI des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes - Einkommensverhältnisse der im Haushalt lebenden weiteren Personen -

Als Einkommen sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert zu berücksichtigen.
 Haben die in diesem Zusatzblatt aufgeführten Angehörigen Einnahmen aus

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

Keine der in diesem Zusatzblatt aufgeführten Personen haben Einnahmen in Geld oder Geldeswert.

Folgende der in diesem Zusatzblatt aufgeführten Personen haben Einkommen:

Name, Vorname _____ Art des Einkommens _____

Name, Vorname _____ Art des Einkommens _____

Name, Vorname _____ Art des Einkommens _____

Reichen Sie bitte als Nachweis der Einkommensverhältnisse das Zusatzblatt 2 – getrennt für jeden Einkommensbezieher – ein. Bei Bezug von Sozialleistungen legen Sie bitte zusätzlich den a k t u e l l e n Bewilligungsbescheid vor.

Ergänzende Angaben zu Abschnitt VII des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes - Vermögensverhältnisse der im Haushalt lebenden weiteren Personen -

Als Vermögen sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände zu berücksichtigen.
 Haben die in diesem Zusatzblatt aufgeführten 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 Ein- oder Mehrfamilienhaus), Eigentumswohnung, sonstige Immobilien,
- ▶ sonstige Vermögensgegenstände, wie z.B. Wertsachen, Gemälde?

⇒ Die in diesem Zusatzblatt aufgeführten weiteren Angehörigen haben Vermögen, das den Wert von je 750 Euro übersteigt. ja nein

Wenn die Frage mit „ja“ beantwortet wurde, ist das Zusatzblatt 3 auszufüllen.

Ich versichere, dass die Angaben zutreffen. Änderungen insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen:

_____ 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)