

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

Füllen Sie bitte das Antragsformular (ohne die grau unterlegten Felder) vollständig in Druckbuchstaben aus.
Beachten Sie bitte auch die Informationen in den Ausfüllhinweisen.

Antrag ausgegeben am:	Termin am:	Angenommen am:	Eingangsstempel
Tag der Antragstellung:	Antrag gültig ab:	Nummer der BG:	
		04412BG00_____	
Der Antragsteller/die Antragstellerin hat sich ausgewiesen durch:			
<input type="checkbox"/> Fiktionsbescheinigung gültig bis: _____.____.	<input type="checkbox"/> Ukrainischer Pass gültig bis: _____.____.	<input type="checkbox"/> sonst. Ausweispapier gültig bis: _____.____.	

1. Persönliche Angaben des Antragstellers/der Antragstellerin	
Familiename, Vorname Antragsteller:	_____
Straße, Hausnummer:	_____
ggf. wohnhaft bei (Name, Vorname):	_____
Postleitzahl, Ort:	_____
Telefonnummer (für Rückfragen, freiwillige Angabe):	_____
IBAN:	_____
BIC-/SWIFT-Code:	_____
Kreditinstitut:	_____
Kontoinhaber:	_____
<p>Sollten Sie über kein Girokonto verfügen, so beantragen Sie bitte ein Solches und legen Sie einen entsprechenden Nachweis über die Kontoeröffnung vor.</p>	

2. Persönliche Verhältnisse der zur Bedarfsgemeinschaft gehörenden Personen		
Kinder tragen Sie bitte unter Abschnitt 3 ein.		
	Person 1 Antragstellerin/Antragsteller	Person 2 Partner/-in der Antragstellerin/ des Antragstellers
personenbezogene Angaben	Name:	Name:
	_____	_____
	Vorname:	Vorname:
	_____	_____
	Geschlecht:	Geschlecht:
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt	
Geburtsdatum und Geburtsort:	Geburtsdatum und Geburtsort:	
_____._____._____ in _____	_____._____._____ in _____	
Geburtsname:	Geburtsname:	
_____	_____	
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> ukrainisch <input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/> ukrainisch <input type="checkbox"/> andere: _____
Ausländerzentralregisternummer	_____	_____
Art des Zusammenlebens	Die Antragstellerin/der Antragsteller und die oben benannte 2. Person	
	<input type="checkbox"/> leben als Ehepartner zusammen.	
	<input type="checkbox"/> leben als Lebenspartner zusammen.	
<input type="checkbox"/> leben nicht als Ehepartner bzw. Lebenspartner zusammen. Es wird daher die ausgefüllte Anlage „Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft“ eingereicht.		

	Person 1 Antragstellerin/Antragsteller	Person 2 Partner/-in der Antragstellerin/ des Antragstellers
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartner (-in) <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartner (-in) <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Ich bin – meiner Einschätzung nach – gesundheitlich in der Lage eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ich bin – meiner Einschätzung nach – gesundheitlich in der Lage eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinweis: Wenn Sie nein angekreuzt haben, besteht für Sie möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II. Sie können in diesem Fall Leistungen nach dem SGB XII beantragen.		
Kranken- und Pflegeversicherung	Es <u>besteht bislang keine Mitgliedschaft</u> in einer gesetzlichen Krankenversicherung. Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch und möchte bei folgender Krankenkasse versichert werden: _____	Es <u>besteht bislang keine Mitgliedschaft</u> in einer gesetzlichen Krankenversicherung. Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch und möchte bei folgender Krankenkasse versichert werden: _____
	Es <u>besteht bereits eine Mitgliedschaft</u> bei folgender gesetzlicher Krankenkasse: _____ Krankenversichertennummer: _____	Es <u>besteht bereits eine Mitgliedschaft</u> bei folgender gesetzlicher Krankenkasse: _____ Krankenversichertennummer: _____
Bitte reichen Sie eine aktuelle Mitgliedsbescheinigung Ihrer Krankenkasse für alle Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft ein.		

3. Persönliche Verhältnisse der weiteren Personen in der Bedarfsgemeinschaft		
Bitte tragen Sie untenstehende Personen nach dem Geburtsdatum geordnet ein.		
	Person 3	Person 4
personenbezogene Angaben	Name: _____	Name: _____
	Vorname: _____	Vorname: _____
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt
	Geburtsdatum und Geburtsort: ____ . ____ . ____ in _____	Geburtsdatum und Geburtsort: ____ . ____ . ____ in _____
	Geburtsname: _____	Geburtsname: _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> ukrainisch <input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/> ukrainisch <input type="checkbox"/> andere: _____
Ausländerzentralregisternummer	_____	_____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartner (-in) <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartner (-in) <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____
Verwandtschaftsverhältnis zu Person 1	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis zu Person 2	_____	_____

	Person 3	Person 4
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Ich bin – meiner Einschätzung nach – gesundheitlich in der Lage eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ich bin – meiner Einschätzung nach – gesundheitlich in der Lage eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn Sie nein angekreuzt haben, besteht für Sie möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II. Sie können in diesem Fall Leistungen nach dem SGB XII beantragen.	
Kranken- und Pflegeversicherung	Es <u>besteht bislang keine Mitgliedschaft</u> in einer gesetzlichen Krankenversicherung. Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch und möchte bei folgender Krankenkasse versichert werden: _____	Es <u>besteht bislang keine Mitgliedschaft</u> in einer gesetzlichen Krankenversicherung. Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch und möchte bei folgender Krankenkasse versichert werden: _____
	Es <u>besteht bereits eine Mitgliedschaft</u> bei folgender gesetzlicher Krankenkasse: _____	Es <u>besteht bereits eine Mitgliedschaft</u> bei folgender gesetzlicher Krankenkasse: _____
	Krankenversichertennummer: _____	Krankenversichertennummer: _____
	Bitte reichen Sie eine aktuelle Mitgliedsbescheinigung Ihrer Krankenkasse für alle Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft ein.	
Bei Bedarfsgemeinschaften mit mehr als 2 Kindern, ist die Anlage „Weitere Personen“ auszufüllen.		

4. Angaben zu den Personen in der Haushaltsgemeinschaft			
Zu einer Haushaltsgemeinschaft zählen z.B.: Verwandte und Verschwägerter, Pflegekinder und Pflegeeltern, die im selben Haushalt leben. Bitte tragen Sie nachstehend die Personen ein, die mit Ihnen im Haushalt leben, aber nicht Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft sind.			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Elternteil des Antragstellers?
_____	_____	____.____.____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	____.____.____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Angaben für die Prüfung eines Mehrbedarfs	
Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch den Regelbedarf abgedeckt sind. Der/Die Antragsteller(in) oder ein Angehöriger der Bedarfsgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> ist schwanger.	Name der Person: _____ voraussichtlicher Entbindungstermin: ____.____.____
Bitte reichen Sie einen Nachweis über den voraussichtlichen Entbindungstermin ein.	
<input type="checkbox"/> ist alleinerziehende(r) Mutter/Vater.	Name der Person: _____
<input type="checkbox"/> hat eine Behinderung UND erhält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben oder Eingliederungshilfen nach dem SGB XII.	Name der Person: _____ Grad der Behinderung: _____
Bitte reichen Sie eine Kopie des Bewilligungsbescheides über die Leistungen zur Teilhabe bzw. der Eingliederungshilfen ein.	
<input type="checkbox"/> bedarf aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung.	Name der Person: _____
Bitte reichen Sie die ausgefüllte Anlage Mehrbedarf ein.	
<input type="checkbox"/> ist nicht erwerbsfähig und Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G.	Name der Person: _____
Bitte reichen Sie eine Kopie des Ausweises ein.	
<input type="checkbox"/> hat regelmäßig einen unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarf, den er nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann.	Name der Person: _____
Bitte reichen Sie den „Antrag auf Übernahme von Sonderbedarfen“ ein.	

6. Leistungen für Bildung und Teilhabe

Aufwendungen für Schulausflüge und mehrtägige Klassenfahrten, Schülerbeförderung, Lernförderung, Mittagsverpflegung in der Schule oder in der Kindertageseinrichtung, Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben (z.B. Sportvereine, Musikschule, Teilnahme an organisierten Freizeiten).

Bitte füllen Sie für jede Person eine gesonderte Anlage „Bildung und Teilhabe“ aus.
Nähere Informationen und Formulare erhalten Sie unter: www.efa-sk.de

7. Angaben zu den Bedarfen für Unterkunft und Heizung

- Ich wohne in einer eigenen Wohnung. **(Bitte reichen Sie den vollständigen Mietvertrag ein.)**
- Ich wohne in einer Sammelunterkunft. **(Bitte reichen Sie einen Nachweis über die Unterbringung ein.)**
- Ich lebe bei Freunden oder Verwandten. Geben Sie bitte die Zahl der Personen in der Wohnung an: _____
- Ich wohne kostenfrei bei Bekannten/Helfern.
- Ich beteilige mich aufgrund einer Vereinbarung seit _____ an den Kosten der Unterkunft und Heizung
- und zahle monatlich _____ Euro für: _____ (Erläuterung zu den Kosten; z.B. Pauschale für Nebenkosten). **(Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise ein.)**

Sollten Ihnen Kosten für die Unterkunft und Heizung entstehen, so füllen Sie bitte die Anlage „Bedarfe für Unterkunft und Heizung“ vollständig aus.

8. Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Als Einkommen sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert zu berücksichtigen. Beziehen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft Einkommen (u.a. auch Altersrenten oder Witwenrenten), haben diese unmittelbar vor Antragstellung Einkommen bezogen oder Leistungen bei Dritten beantragt?

- ja nein

Wenn ja, füllen Sie bitte für jede Person, die Einkommen bezieht, unmittelbar vor Antragstellung bezogen hat oder Leistungen Dritter beantragt hat eine gesonderte Anlage „Einkommen“ aus.

9. Angaben zu den Vermögensverhältnissen

Vermögen ist zu berücksichtigen, wenn es erheblich ist. Erheblich ist Vermögen der Antragstellerin/des Antragstellers über 60.000 € sowie über 30.000 € für jede weitere Person in der BG. Es sind Geldanlagen und Sachwerte zu berücksichtigen (z. B. Konten [auch ausländischen Konten], Sparbücher, Aktien, Bausparverträge, Kapitalversicherungen, Schmuck, Immobilien, Grundbesitz). Sachvermögen ist mit seinem Verkehrswert anzusetzen.

Meine Bedarfsgemeinschaft (BG) verfügt über erhebliches Vermögen?

- ja nein

Wenn ja, füllen Sie bitte die Anlage „Vermögen“ aus. Das Jobcenter prüft dann, in welchem Umfang die bei Ihnen vorhandenen Vermögenswerte zu berücksichtigen sind.

10. Angaben zur Rückkehr in die Ukraine

Leistungen können nur erbracht werden, wenn sich die Personen der Bedarfsgemeinschaft in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten. Ist eine Rückkehr in die Ukraine geplant?

- ja nein

Wenn ja, dann machen Sie bitte Angaben zum Zeitpunkt der Rückkehr in die Ukraine:

- Die Rückkehr in die Ukraine wird am _____._____ erfolgen.
- Ein genauer Zeitpunkt für die Rückkehr steht noch nicht fest. Ich werde den Eigenbetrieb für Arbeit – Jobcenter Saalekreis frühestmöglich darüber informieren.

11. Hinweise und Unterschrift

Bitte lesen Sie die folgenden Hinweise sorgfältig durch und unterzeichnen Sie den Antrag an den vorgegebenen Stellen. Ihr Antrag kann nur dann rechtzeitig bearbeitet werden, wenn er vollständig ausgefüllt, unterschrieben und mit den erforderlichen Nachweisen beim **Eigenbetrieb für Arbeit – Jobcenter Saalekreis eingeht.**

- Da die unter Ziffer 1 benannte 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 dem Eigenbetrieb für Arbeit - Jobcenter Saalekreis erklären, dass diese ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen (§ 38 SGB II).
- Die Anlagen, auf die in diesem Antrag verwiesen wird und die nicht beigelegt sind, erhalten Sie in den Geschäftsstellen des Eigenbetriebes für Arbeit – Jobcenter Saalekreis ausgehändigt. Die Anlagen können Sie sich ebenso auf der Homepage (www.efa-sk.de) herunterladen.
- Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. 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.
- Beachten Sie bitte, dass der Eigenbetrieb für Arbeit – Jobcenter Saalekreis im Wege des automatisierten Datenabgleichs Auskünfte bei Dritten, z.B. über Beschäftigungszeiten, Kapitalerträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten.
- Für jedes Mitglied Ihrer Bedarfsgemeinschaft kann ein Abrufersuchen gegenüber dem Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) gestellt werden, um die Einkommens- und Vermögensverhältnisse Ihrer Bedarfsgemeinschaft zu klären (§ 93 Absatz 8 und 9 der Abgabenordnung). Das BZSt übermittelt die Kontenstammdaten Ihrer Konten und – bei Vorliegen eines konkreten Verdachts – ggf. auch der Konten Dritter, bei denen Sie als verfügungsberechtigte oder wirtschaftlich berechnigte Person im Sinne des § 1 Absatz 6 des Geldwäschegesetzes angegeben sind (unter anderem Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers, Geburtsdatum, IBAN und Verfügungsberechtigung). Dies betrifft Konten, die nicht länger als drei Jahre aufgelöst sind.
- Wenn Sie einen Antrag stellen oder Unterlagen nachreichen, verarbeiten wir Ihre Daten. Ihnen steht die Information zur Antragsteller und Leistungsempfänger im Internet unter <https://www.efa-sk.de/web/datenschutzerklärung> zur Einsicht zur Verfügung. Die Information kann auf Wunsch auch in den Geschäftsstellen des Eigenbetriebes für Arbeit eingesehen werden.
- Ich versichere, die Angaben auf dem Antrag und den zugehörigen Anlagen vollständig und richtig gemacht zu haben.
- Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind (insb. Familien-, Einkommens-, Vermögens- und Wohnverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert dem Eigenbetrieb für Arbeit – Jobcenter Saalekreis mitzuteilen. Mir ist bekannt, dass ich bei falschen bzw. unvollständigen Angaben oder bei nicht bzw. nicht unverzüglich mitgeteilten Änderungen mit einer Rückforderung der überzahlten Leistungen zu rechnen habe. In diesen Fällen setze ich mich zudem der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus.
- Darüber hinaus bestätige ich, die Ausfüllhinweise des Eigenbetriebes für Arbeit – Jobcenter Saalekreis zur Antragstellung auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhalten zu haben und deren Inhalt anzuerkennen.

Ort und Datum _____	Unterschrift Antragsteller/-in _____
Ort und Datum _____	Unterschrift gesetzlicher Vertreter minderjähriger Antragsteller bzw. Betreuer _____

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiter(-innen) des Eigenbetriebes für Arbeit – Jobcenter Saalekreis vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten: _____

Ort und Datum _____	Unterschrift Antragsteller/-in _____
Ort und Datum _____	Unterschrift gesetzlicher Vertreter minderjähriger Antragsteller bzw. Betreuer _____