

Antrag auf Bürgergeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)

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

Antrag ausgegeben am: _____	Termin am: _____	Eingangsstempel
Antrag gültig ab: _____	Nummer der Bedarfsgemeinschaft: _____	
1. Persönliche Daten des Antragstellers/ der Antragstellerin		Die grau hinterlegten Felder werden durch den Eigenbetrieb für Arbeit - Jobcenter Saalekreis ausgefüllt.
Familienname	Vorname	
Straße	Hausnummer	
ggf. wohnhaft bei		
Postleitzahl	Wohnort	
Telefonnummer (freiwillige Angabe)	Handynummer (freiwillige Angabe)	
Kontoinhaber(in)		
Kreditinstitut		
IBAN		
BIC		
Hinweis: Sollten Sie über kein Girokonto verfügen, so beantragen Sie bitte ein solches und legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.		
2. Persönliche Verhältnisse der zur Bedarfsgemeinschaft gehörenden Personen		Angenommen am: _____
Eine Bedarfsgemeinschaft besteht aus der oder dem erwerbsfähigen Leistungsberechtigten sowie dem nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartner, dem nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartner bzw. einer Person, mit der der erwerbsfähige Leistungsberechtigte in einer Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft zusammenlebt.		Tag der Antragstellung: _____
	Person 1 Antragstellerin/Antragsteller	Person 2 Partner der Antragstellerin/des Antragstellers
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	Geburtsdatum
	Geburtsname	Geburtsname
	Geburtsort	Geburtsort
Kinder tragen Sie bitte in Abschnitt 3 ein.		
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 eingetragene Lebenspartner zusammen.	
	<input type="checkbox"/> Sollte keine der benannten Wohnformen zutreffen, füllen Sie bitte die Anlage "Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft" aus.	
	<input type="checkbox"/> Anlage VE liegt vor.	

(Handzeichen, Datum)



	Person 1	Person 2
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene(r) Lebenspartner(in) <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet Status seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene(r) Lebenspartner(in) <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet Status seit:
Ist ein Betreuer bestellt?	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ Monat, Jahr Name des Betreuers _____ Bitte reichen Sie eine Kopie des Betreuungsausweises ein. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ Monat, Jahr Name des Betreuers _____ Bitte reichen Sie eine Kopie des Betreuungsausweises ein. <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____
Ich bin Spätaussiedler(in).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin Asylbewerber(in).	<input type="checkbox"/> ja Bitte legen Sie einen Nachweis vor. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Bitte legen Sie einen Nachweis vor. <input type="checkbox"/> nein
Kundennummer der Agentur für Arbeit		
AZR Nummer		
<p>Erwerbsfähig ist, wer mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig sein kann und nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit daran gehindert ist. Erwerbsfähigkeit liegt auch vor, wenn eine Erwerbstätigkeit vorübergehend nicht zugemutet werden kann, z. B. wegen Erziehung eines Kindes unter 3 Jahre, der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger oder wegen eines Schulbesuches.</p>		
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, weil _____	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, weil _____
Hinweis: Wenn Sie nein angekreuzt haben, besteht für Sie möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen des SGB II. Sie können in diesem Fall Leistungen nach dem SGB XII beantragen.		
Ausbildung	Ich bin <input type="checkbox"/> in keinem Ausbildungsverhältnis. <input type="checkbox"/> Schüler. <input type="checkbox"/> Auszubildender. <input type="checkbox"/> Student. Dauer der Ausbildung (von - bis) _____	Ich bin <input type="checkbox"/> in keinem Ausbildungsverhältnis. <input type="checkbox"/> Schüler. <input type="checkbox"/> Auszubildender. <input type="checkbox"/> Student. Dauer der Ausbildung (von - bis) _____
Ich habe bereits einen Berufsabschluss erworben:	<input type="checkbox"/> ja Berufsbezeichnung _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Berufsbezeichnung _____ <input type="checkbox"/> nein
Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt).	<input type="checkbox"/> ja Dauer der Unterbringung (von - bis) _____ Bitte legen Sie einen Nachweis vor. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Dauer der Unterbringung (von - bis) _____ Bitte legen Sie einen Nachweis vor. <input type="checkbox"/> nein

Betreuungsausweis liegt vor.

Schulbescheinigung liegt vor.
 Ausbildungsvertrag liegt vor.
 Studienbescheinigung liegt vor.

Nachweis liegt vor.

Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung

	Person 1	Person 2
Es besteht eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung	Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse
	Krankenversicherernummer (falls bekannt)	Krankenversicherernummer (falls bekannt)
	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied
	<input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> familienversichert

Bitte machen Sie vollständige Angaben zu Ihrer Krankenkasse. Ersatzweise legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor (z.B. gültige Gesundheitskarte – diese wird nicht zur Akte genommen).

Es besteht keine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Ich bin bisher nicht versichert.	<input type="checkbox"/> Ich bin bisher nicht versichert.
	<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert. Bitte füllen Sie die Anlage SV aus.	<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert. Bitte füllen Sie die Anlage SV aus.

Anlage SV liegt vor.

Ich bin in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
	Rentenversicherungsnummer	Rentenversicherungsnummer
	<input type="checkbox"/> Deutsche RV Bund/ Mitteldeutschland <input type="checkbox"/> Deutsche RV-Knappschaft-Bahn-See	<input type="checkbox"/> Deutsche RV Bund/ Mitteldeutschland <input type="checkbox"/> Deutsche RV-Knappschaft-Bahn-See
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Sozialversicherungsausweis eingesehen.

RV-Nummer wurde beantragt.

3. Persönliche Verhältnisse der weiteren Personen, die mit dem Antragsteller/ der Antragstellerin in einer Bedarfsgemeinschaft leben

☞ Zu der Bedarfsgemeinschaft gehören auch die dem Haushalt angehörenden unverheirateten Kinder des erwerbsfähigen Leistungsberechtigten oder seines Partners, welche das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, soweit sie ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen sichern können.

☞ Die im Haushalt lebenden Eltern oder ein Elternteil eines unverheirateten erwerbsfähigen Kindes, welches mindestens 15 aber noch keine 25 Jahre alt ist, gehören zur Bedarfsgemeinschaft, wenn das Kind einen Antrag auf Bürgergeld stellt.

☞ Nicht zur Bedarfsgemeinschaft zählende Personen tragen Sie bitte unter Punkt 4 ein.

Hinweis: Bei Bedarfsgemeinschaften mit mehr als 4 Personen ist die Anlage Weitere Personen auszufüllen. Bitte tragen Sie untenstehende Personen nach dem Geburtsdatum geordnet ein.

Anlage WEP liegt vor.

	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	Geburtsdatum
	Geburtsname	Geburtsname
	Geburtsort	Geburtsort
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene(r) Lebenspartner(in) <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene(r) Lebenspartner(in) <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
	Status seit:	Status seit:

	Person 3	Person 4
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller		
Verwandtschaftsverhältnis zum Partner des Antragstellers		
Ist ein Betreuer bestellt?	<input type="checkbox"/> ja, seit Name des Betreuers Bitte reichen Sie eine Kopie des Betreuungsausweises ein.	<input type="checkbox"/> ja, seit Name des Betreuers Bitte reichen Sie eine Kopie des Betreuungsausweises ein.
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
	Monat, Jahr	Monat, Jahr
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:
Ich bin Spätaussiedler(in).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin Asylbewerber(in).	<input type="checkbox"/> ja Bitte legen Sie einen Nachweis vor. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Bitte legen Sie einen Nachweis vor. <input type="checkbox"/> nein
Kundennummer der Agentur für Arbeit		
AZR Nummer		
Erwerbsfähig ist, wer mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig sein kann und nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit daran gehindert ist. Erwerbsfähigkeit liegt auch vor, wenn eine Erwerbstätigkeit vorübergehend nicht zugemutet werden kann, z. B. wegen Erziehung eines Kindes unter 3 Jahre, der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger oder wegen eines Schulbesuches.		
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, weil	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, weil
Hinweis: Wenn Sie nein angekreuzt haben, besteht für Sie möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen des SGB II. Sie können in diesem Fall Leistungen nach dem SGB XII beantragen.		
Ausbildung	Ich bin <input type="checkbox"/> in keinem Ausbildungsverhältnis. <input type="checkbox"/> Schüler. <input type="checkbox"/> Auszubildender. <input type="checkbox"/> Student. Dauer der Ausbildung (von - bis)	Ich bin <input type="checkbox"/> in keinem Ausbildungsverhältnis. <input type="checkbox"/> Schüler. <input type="checkbox"/> Auszubildender. <input type="checkbox"/> Student. Dauer der Ausbildung (von - bis)
Ich habe bereits einen Berufsabschluss erworben:	<input type="checkbox"/> ja Berufsbezeichnung <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Berufsbezeichnung <input type="checkbox"/> nein
Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt).	<input type="checkbox"/> ja Dauer der Unterbringung (von - bis) Bitte legen Sie einen Nachweis vor. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Dauer der Unterbringung (von - bis) Bitte legen Sie einen Nachweis vor. <input type="checkbox"/> nein

Betreuungsausweis liegt vor.

Schulbescheinigung liegt vor.
 Ausbildungsvertrag liegt vor.
 Studienbescheinigung liegt vor.

Nachweis liegt vor.

Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung

	Person 3	Person 4
Es besteht eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung	Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse
	Krankenversicherertennummer (falls bekannt)	Krankenversicherertennummer (falls bekannt)
	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> familienversichert

Bitte machen Sie vollständige Angaben zu Ihrer Krankenkasse. Ersatzweise legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor (z.B. gültige Gesundheitskarte – diese wird nicht zur Akte genommen).

Es besteht keine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Ich bin bisher nicht versichert. <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert.	<input type="checkbox"/> Ich bin bisher nicht versichert. <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert.
	Bitte füllen Sie die Anlage SV aus.	Bitte füllen Sie die Anlage SV aus.

Ich bin in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert.	<input type="checkbox"/> ja Rentenversicherungsnummer <input type="checkbox"/> Deutsche RV Bund/ Mitteldeutschland <input type="checkbox"/> Deutsche RV-Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Rentenversicherungsnummer <input type="checkbox"/> Deutsche RV Bund/ Mitteldeutschland <input type="checkbox"/> Deutsche RV-Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> nein
--	--	--

4. Angaben zu den Personen in der Haushaltsgemeinschaft

Zu einer Haushaltsgemeinschaft zählen z. B.: Verwandte und Verschwägerete, 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
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Der Antragsteller und/ oder die in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen erhalten von einer Person der Haushaltsgemeinschaft Leistungen, wie z. B. unentgeltliche Unterkunft, Verpflegung oder Taschengeld. Ist dies der Fall reichen Sie bitte die Anlage Haushaltsgemeinschaft ein.

5. Angaben für die Prüfung eines Mehrbedarfs

Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch den Regelbedarf abgedeckt sind. Der Antragsteller/ die Antragstellerin oder ein Angehöriger der Bedarfsgemeinschaft:

<input type="checkbox"/> ist schwanger.	vor. Entbindungstermin	Name, Vorname:
Bitte legen Sie den Mutterpass zur Einsichtnahme des voraussichtlichen Entbindungstermins vor.		
<input type="checkbox"/> ist alleinerziehende(r) Mutter/ Vater.	Name, Vorname:	
<input type="checkbox"/> hat eine Behinderung <u>und</u>	Grad der Behinderung	
Bitte legen Sie den Schwerbehindertenausweis, den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes bzw. ein ärztliches Attest als Nachweis zur Einsichtnahme zur Feststellung des GdB vor.		
<input type="checkbox"/> erhält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben oder Eingliederungshilfen nach dem SGB IX.		
Name, Vorname:		Bitte legen Sie den Bewilligungsbescheid vor.
<input type="checkbox"/> Bedarf aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung.		
Name, Vorname:		Bitte füllen Sie die Anlage MEB aus.
<input type="checkbox"/> ist nicht erwerbsfähig und Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G.		
Name, Vorname:		Bitte legen Sie den Ausweis vor.
<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, Vorname		Bitte reichen Sie den "Antrag auf Übernahme von Sonderbedarfen" ein.

- Anlage SV liegt vor.
- Sozialversicherungsausweis eingesehen.
- RV-Nummer wurde beantragt.
- Anlage HG liegt vor.
- Mutterpass eingesehen.
- Ausweis/ Bescheid eingesehen.
- Bewilligungsbescheid liegt vor.
- Anlage MEB liegt vor.
- Ausweis liegt vor.
- Antrag auf Übernahme von Sonderbedarfen liegt vor.

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)

Für folgende Kinder der Bedarfsgemeinschaft (unter 25 Jahren) werden Leistungen für Bildung und Teilhabe beantragt:

Name, Vorname:	Bitte füllen Sie für jede Person eine gesonderte Anlage "Bildung und Teilhabe" aus.
Name, Vorname:	
Name, Vorname:	

- Anlage BuT liegt vor.
- Anlage BuT liegt vor.
- Anlage BuT liegt vor.

7. Angaben zu den Bedarfen für Unterkunft und Heizung

Entstehen Ihnen Kosten für die Unterkunft und Heizung? ja nein
Wenn ja, füllen Sie bitte die Anlage "Bedarfe für Unterkunft und Heizung" aus.

- Anlage KdU liegt vor.

8. Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Als Einkommen sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert zu berücksichtigen.

- Einkommen aus nichtselbstständiger oder selbstständiger Arbeit, aus Vermietung und Verpachtung, aus Land- und Forstwirtschaft
- Kindergeld, Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Kurzarbeitergeld
- Renten aus der gesetzlichen Sozialversicherung Betriebsrenten oder Pensionen
- Zinsen, Kapitalerträge
- Wohngeld, Sozialhilfe nach dem SGB XII, UVG Leistungen sowie Unterhalt
- sonstige laufende oder einmalige Einnahmen (z. B. Steuererstattungen, Abfindung, Rente aus privater Lebensversicherung, Vermächtnis [= Anteil am Nachlass eines Verstorbenen])

Zur Prüfung von Einnahmen ist grundsätzlich die Vorlage von Kontoauszügen erforderlich. Bitte legen Sie daher die Kontoauszüge der letzten drei Monate vor.

- Auszüge liegen vor.

Bitte machen Sie Angaben darüber, ob die oben unter Punkt 2 und 3 benannten Personen Einkommen beziehen, unmittelbar vor Antragstellung bezogen oder Leistungen bei Dritten beantragt haben.

Person 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte füllen Sie für jede Person, die Einkommen bezieht, unmittelbar vor Antragstellung bezogen oder Leistungen Dritter beantragt hat eine gesonderte "Anlage Einkommen" aus.
Person 2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Person 3	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Person 4	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

- Anlage EK liegt vor.
- Anlage EK liegt vor.
- Anlage EK liegt vor.
- Anlage EK liegt vor.

9. Angaben zu den Vermögensverhältnissen

Meine Bedarfsgemeinschaft (BG) verfügt über erhebliches Vermögen

Erheblich ist Vermögen der Antragstellerin/des Antragstellers über 40.000 € sowie über 15.000 € für jede weitere Person in der BG. Sachvermögen ist mit seinem Verkehrswert anzusetzen.

Zur Prüfung der Vermögensverhältnisse ist das Formular "Selbstauskunft" einzureichen.

- Selbstauskunft liegt vor.

10. Angaben zum vorherigen Leistungsbezug nach dem SGB II

Ich habe innerhalb der **letzten 12 Monate** bei einem anderen Leistungsträger SGB II- Leistungen bezogen.

ja

Name des Leistungsträgers:

Bis wann (Monat/ Jahr) wurden dort Leistungen bezogen?

Bitte fügen Sie den letzten Bewilligungsbescheid und den Einstellungsbescheid bei.

Ich habe innerhalb der letzten 12 Monaten einen Bescheid über die Minderung meiner SGB II-Leistungen nach § 31 oder § 32 SGB II erhalten. ja nein

Bitte fügen Sie den Bescheid über die Minderung der SGB II- Leistungen bei.

nein

- Bescheide liegen vor.
- Sanktionsbescheid liegt vor.

11. Unterhaltsansprüche

Bitte kreuzen Sie die auf Sie zutreffende Fallgestaltung an. Mehrfachnennungen sind möglich.

- Ich bzw. meine jetzige Partnerin/ mein jetziger Partner lebt getrennt von der Ehefrau/ vom Ehemann bzw. von der eingetragenen Lebenspartnerin/ vom eingetragenen Lebenspartner. **Bitte füllen Sie die Anlage Unterhalt für getrennt lebende Ehegatten/ Lebenspartner/ Geschiedene (Abschnitt 1) aus.**
- Ich bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner war bereits verheiratet und diese Ehe wurde geschieden bzw. diese eingetragene Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben. **Bitte füllen Sie die Anlage Unterhalt für getrennt lebende Ehegatten/ Lebenspartner/ Geschiedene (Abschnitt 1) aus.**
- Ein nicht verheiratetes/ nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebendes Mitglied meiner Bedarfsgemeinschaft ist schwanger oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren und kann deshalb nicht arbeiten. **Bitte füllen Sie die Anlage Unterhalt für getrennt lebende Ehegatten/ Lebenspartner/ Geschiedene (Abschnitt 2) aus.**
- Eine Person in meinem Haushalt ist unter 18 Jahre alt oder ist zwischen 18 und 24 Jahre alt und macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen. Ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft. **Bitte füllen Sie Anlage Kindesunterhalt aus.**
- Keine der benannten Fallgestaltungen trifft auf meine Bedarfs- bzw. Haushaltsgemeinschaft zu.

- Anlage Unterhalt liegt vor.
- Anlage Unterhalt liegt vor.
- Anlage Unterhalt liegt vor.
- Anlage Kindesunterhalt liegt vor.

12. Ansprüche gegenüber Dritten

Folgende Person der Bedarfsgemeinschaft erhebt Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (z. B. bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (z. B. bei noch ausstehenden Abfindungen) bzw. Ansprüche gegenüber Dritten.

- Ansprüche gegenüber Arbeitgeber
 Ansprüche gegenüber sonstigen Dritten

Name, Vorname des BG-Mitglieds

Name, Anschrift des Arbeitgebers bzw. Dritten

Gericht/ Aktenzeichen

Grund

13. Hinweise und Unterschrift

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 Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 - 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und des § 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben.

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.

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 berechtigte 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.

Die Anlagen, auf die in diesem Antrag verwiesen wird und die Sie nicht beigefügt finden, erhalten Sie in den Geschäftsstellen des Eigenbetriebes für Arbeit - Jobcenter Saalekreis ausgehändigt. Diese Anlagen können Sie sich ebenso auf der Homepage (www.efa-sk.de) herunterladen.

Wenn Sie einen Antrag stellen oder Unterlagen nachreichen, verarbeiten wir Ihre Daten. Ihnen steht die Information für 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 Eigenbetriebs für Arbeit eingesehen werden.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/ Antragstellerin
Ort, Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragsteller bzw. Betreuer

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

--

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/ Antragstellerin
Ort, Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragsteller bzw. Betreuer