


Antrag auf Fortzahlung der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts 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 Ausfüllhinweisen.

Hinweis: Schicken Sie bitte Ihren Antrag immer rechtzeitig innerhalb der Ihnen vorgegebenen Frist an den Eigenbetrieb für Arbeit zurück, da ansonsten eine nahtlose Weiterbewilligung und damit die pünktliche Auszahlung Ihrer SGB II – Leistungen nicht sichergestellt werden kann.

Ende laufender Bewilligungsabschnitt:	Eingangsstempel
Nummer der Bedarfsgemeinschaft:	

1. Allgemeine Angaben	
Familienname, Vorname Antragsteller:	_____
Geburtsdatum:	____.____.____
Straße, Hausnummer:	_____
Postleitzahl, Ort:	_____
Telefonnummer (für Rückfragen, freiwillige Angabe):	_____
<input type="checkbox"/> Meine Kontoverbindung hat sich ab _____.____._____ geändert und lautet nunmehr wie folgt: IBAN: _____ BIC-/SWIFT-Code: _____ Kreditinstitut: _____ Kontoinhaber: _____	
Bitte reichen Sie einen Nachweis über die Kontoeröffnung ein.	

2. Änderungen in den persönlichen Verhältnissen		
<input type="checkbox"/> Mein bzw. der Familienstand eines Mitglieds der Bedarfsgemeinschaft hat sich geändert.		
Name der Person:	Art der Änderung:	Zeitpunkt der Änderung:
_____	_____	____.____.____
Bitte reichen Sie einen Nachweis über den geänderten Familienstand ein (z.B. Heiratsurkunde).		
<input type="checkbox"/> Eine bzw. mehrere Personen meines Haushalts sind ein- bzw. ausgezogen:		
Name der Person:	<input type="checkbox"/> Einzug am: <input type="checkbox"/> Auszug am:	Verhältnis zum Antragsteller:
_____	____.____.____	_____
Name der Person:	<input type="checkbox"/> Einzug am: <input type="checkbox"/> Auszug am:	Verhältnis zum Antragsteller:
_____	____.____.____	_____
Bitte reichen Sie eine Meldebescheinigung oder eine Ummeldebescheinigung ein.		
<input type="checkbox"/> Ich habe bzw. ein Mitglied der Bedarfsgemeinschaft hat eine Ausbildung (Schulbildung, berufliche Ausbildung oder Studium) aufgenommen, abgeschlossen oder abgebrochen.		
Name der Person:	Art der Ausbildung:	Zeitpunkt der Änderung:
_____	_____	____.____.____
Bitte reichen Sie einen Nachweis (Ausbildungsvertrag, Immatrikulationsbescheinigung, Schulbescheinigung, Nachweis über Beendigung/Abbruch) ein.		
<input type="checkbox"/> Ich bin bzw. ein Mitglied der Bedarfsgemeinschaft ist in einer stationären Einrichtung (Krankenhaus, Justizvollzugsanstalt, Pflegeheim) untergebracht.		
Name der Person:	Art der Unterbringung:	Zeitpunkt der Änderung:
_____	_____	____.____.____
Bitte reichen Sie einen Nachweis über die Unterbringung ein.		

<input type="checkbox"/> Bei mir bzw. einem Mitglied der Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren haben sich Änderungen hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit ergeben. Erwerbsfähig ist, wer gesundheitlich in der Lage ist, eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich auszuüben.		
Name der Person: _____	<input type="checkbox"/> nicht mehr erwerbsfähig <input type="checkbox"/> wieder erwerbsfähig	Zeitpunkt der Änderung: ____.____.____
Bitte reichen Sie einen Nachweis über die Erwerbs(un)fähigkeit ein.		
<input type="checkbox"/> BEI MIR HAT BZW. DEN MITGLIEDERN MEINES HAUSHALTS HABEN SICH KEINE ÄNDERUNGEN IN DEN PERSÖNLICHEN VERHÄLTNISSEN ERGEBEN.		

3. 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 IX.	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.

4. 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).

<input type="checkbox"/> Für folgende Kinder der Bedarfsgemeinschaft (unter 25 Jahren) werden Leistungen für Bildung und Teilhabe beantragt:	Name der Person: _____
	Name der Person: _____
	Name der Person: _____

Bitte füllen Sie für jede Person eine gesonderte Anlage „Bildung und Teilhabe“ aus.

5. Änderungen bei den Bedarfen für Unterkunft und Heizung

HABEN SICH ÄNDERUNGEN BEI DEN BEDARFEN FÜR UNTERKUNFT UND HEIZUNG ERGEBEN?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Wenn ja, bitte füllen Sie die Anlage „Bedarfe für Unterkunft und Heizung“ aus.

6. Änderungen in den Einkommensverhältnissen

Als Einkommen sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert zu berücksichtigen. Dazu gehören insb.:

- Einkommen aus nichtselbständiger oder selbständiger Arbeit, Land- und Forstwirtschaft
- Einkommen aus Vermietung und Verpachtung
- Kindergeld, Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Übergangsgeld, Krankengeld
- gesetzliche Renten (z.B. Alters-, Witwen-, Waisen-, Verletzten- und Unfallrenten), Betriebsrenten, Pensionen oder Renten aus privater Lebensversicherung
- Unterhaltszahlungen, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz
- Zinsen, Kapitalerträge
- Wohngeld, Sozialhilfe nach dem SGB XII
- Sonstige laufende oder einmalige Einnahmen (z.B. Steuererstattungen, Abfindung)

Folgenden Personen beziehen weiterhin Einkommen aus einer nichtselbständigen Erwerbstätigkeit:

Name der Person:	Arbeitgeber:	beschäftigt seit:
_____	_____	_____
Name der Person:	Arbeitgeber:	beschäftigt seit:
_____	_____	_____

Bitte reichen Sie (falls noch nicht erfolgt) für diese Personen jeweils die Verdienstabrechnungen (= Lohnzettel) für die Dauer des letzten Bewilligungszeitraumes ein.

Bei folgenden Personen der Bedarfsgemeinschaft haben sich Änderungen in den Einkommensverhältnissen (z.B. Arbeitsaufnahme, Rentenbezug, Bezug anderer Sozialleistungen, Kündigung) ergeben:

Name der Person:	Änderungsgrund:	Zeitpunkt der Änderung:
_____	_____	_____
Name der Person:	Änderungsgrund:	Zeitpunkt der Änderung:
_____	_____	_____

Bitte füllen Sie für jede dieser Personen eine gesonderte „Anlage Einkommen“ aus.

BEI MIR HAT BZW. DEN MITGLIEDERN MEINES HAUSHALTS HABEN SICH **KEINE ÄNDERUNGEN IN DEN EINKOMMENSVERHÄLTNISSEN** ergeben.

7. Vermögensverhältnisse

Vermögen ist die Gesamtheit der in Geld messbaren Güter einer Person. Zum Vermögen gehören insb.:

- Bargeld sowie Bank- und Sparguthaben
- Wertpapiere, Aktien und Fonds
- Bausparguthaben
- Haus- und Grundeigentum
- Forderungen und bewegliches Vermögen

Maßgeblich ist das Vermögen des Antragstellers und der mit ihm im Haushalt lebenden Angehörigen.

Zur Prüfung der Vermögensverhältnisse ist das Formular „Selbstauskunft“ einzureichen.

8. Angaben zur Sozialversicherung

Bei folgenden Personen der Bedarfsgemeinschaft haben sich Änderungen im Versicherungsverhältnis (z.B. Krankenkassenwechsel, Wechsel der Versicherungsart zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Eintritt der Versicherungspflicht durch Vollendung des 15. Lebensjahres) ergeben:

Name der Person:	Name der Krankenkasse:	Status des Versicherten:
_____	_____	_____
Name der Person:	Name der Krankenkasse:	Status des Versicherten:
_____	_____	_____

Bitte machen Sie vollständige Angaben zu Ihrer neuen 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).

IN DEN KRANKENVERSICHERUNGSVERHÄLTNISSEN HABEN SICH **KEINE ÄNDERUNGEN** ERGEBEN.

9. sonstige Änderungen

Bitte geben Sie nachfolgend alle Änderungen zu Ihren Angaben im (Erst-)Antrag an, die Sie bisher nicht mitgeteilt haben. Dies sind z.B.:

- Änderungen bei der Kranken- und Pflegeversicherung
- Änderungen bei Unterhaltsansprüchen (**Bitte reichen Sie die Anlage Unterhalt ein.**)
- Änderungen bezüglich Ansprüchen gegenüber Arbeitgebern oder Dritten
- Bestellung eines Betreuers oder Beendigung einer Betreuerbestellung

Name der Person:	Änderungsgrund:	Zeitpunkt der Änderung:
_____	_____	_____
Name der Person:	Änderungsgrund:	Zeitpunkt der Änderung:
_____	_____	_____

Die Änderungen sind durch entsprechende Nachweise zu belegen.

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.

- Die Anlagen, auf die in diesem Antrag verwiesen wird und die nicht beigefügt 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 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.
- 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.

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