

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

- ARBEITSLOSENGELD II / SOZIALGELD -

I. Allgemeine Daten des Antragstellers/der Antragstellerin

Familienname
 Vorname
 Strasse, Haus-Nr.
 - ggf. bei wem -
 PLZ, Wohnort
48249 Dülmen
 Telefonnummer (mit Vorwahl) und/oder E-Mail-Adresse für Rückfragen

- wird vom Leistungsträger ausgefüllt

Organisationseinheit
 Stadt Dülmen, Jobcenter

Tag der Antragstellung

Eingangsstempel/ Antrag angenommen am:

Datum Handzeichen

Identitätsprüfung erfolgt durch Vorlage

Personalausweis Pass

Sonst. Ausweispapiere

Datum Handzeichen

Bankverbindung (bitte angeben, da die Leistungen bargeldlos überwiesen werden)

BIC IBAN

bei Bank/Postbank/Sparkasse,
 sonstiges 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.

Ich benötige eine Bescheinigung zur Vorlage beim Beitragsservice, um mich von der Rundfunkbeitragspflicht befreien zu lassen.

Ich benötige eine Bescheinigung über den Bezug von Sozialleistungen.

Leistungen für Bildung und Teilhabe (§ 28 SGB II)

Ich beantrage Leistungen für Bildung und Teilhabe für die diesbezüglich berechtigten in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen. Das Antragsformular wurde mir heute ausgehändigt. Mir ist bewusst, dass mein Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn ich den vollständig ausgefüllten Antrag nebst den erforderlichen Nachweisen wieder eingereicht habe.

II. Persönliche Verhältnisse

	des Antragstellers / der Antragstellerin	des Partners / der Partnerin des Antragstellers / der Antragstellerin nach Nr. ①, also des
	Ich bin <input type="checkbox"/> allein stehend <input type="checkbox"/> allein erziehende(r) Mutter/Vater Die Kinder sind in Abschnitt IV einzutragen.	<input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten <input type="checkbox"/> Partners in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners
	1	2
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 seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet

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)		
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 sowie der Klasse		
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	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
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
	Mitgliedsnummer:	Mitgliedsnummer:
	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. <input type="checkbox"/> Ich war bisher freiwillig krankenversichert.	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. <input type="checkbox"/> Er/Sie war bisher freiwillig krankenversichert.
Rentenversicherung (RV)	RV-Nr.:	RV-Nr.:
	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/-ort <input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/-ort <input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung

**III. Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin
in einem Haushalt lebenden weiteren Personen**

Leben weitere Angehörige im gemeinsamen Haushalt? ja nein
Wenn ja, tragen Sie bitte die weiteren Angehörigen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein.
 Bei vier oder mehr Angehörigen ist das **Zusatzblatt 4 zur Feststellung weiterer Angehöriger** 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			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____
	seit	seit	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 sowie der Klasse			
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____
	Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	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 15. 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
	Mitgliedsnummer:	Mitgliedsnummer:	Mitgliedsnummer:
	Private Krankenversicherung	Private Krankenversicherung	Private Krankenversicherung
	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert <input type="checkbox"/> Freiwillig krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert <input type="checkbox"/> Freiwillig krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert <input type="checkbox"/> Freiwillig krankenversichert
Rentenversicherung (RV)	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 Angehörige innerhalb des Haushaltes.

Ein(e) Angehöriger/Angehörige innerhalb der Haushaltsgemeinschaft

ist **schwanger**. Name, Vorname _____ Legen Sie bitte den **Mutterpass** vor!

ist **allein erziehend**. Name, Vorname _____

gehört zum Personenkreis der schwer behinderten Menschen und erhält **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**.

⇨ Name, Vorname _____ Legen Sie bitte den **Bewilligungsbescheid** vor!

bedarf **aus medizinischen Gründen** einer **kostenaufwändigen Ernährung**.

⇨ Name, Vorname: 1. _____ 2. _____

Zum Nachweis der Erforderlichkeit und der Art des Mehrbedarfes ist ein Vordruck beim Jobcenter 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.

Hat oder haben der Antragsteller und/oder andere genannte Personen 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,
- ▶ sonstige laufende oder einmalige Einnahmen gleich welcher Art.

Keine der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einnahmen in Geld oder Geldeswert.

Folgende der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einkünfte:

Name, Vorname _____ Art der Einkünfte _____

Name, Vorname _____ Art der Einkünfte _____

Name, Vorname _____ Art der Einkünfte _____

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.

Es besteht ein Anspruch auf Kindergeld in Höhe von monatlich _____ Euro Kindergeld-Nr. _____

⇨ Aktueller Nachweis vorlegen (z.B. Kontoauszug über Höhe des Kindergeldes) Personen 1 2 3 4 5

VII. Vermögensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen	
<p>Als Vermögen sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände zu berücksichtigen. Hat oder haben der Antragsteller und/oder andere den Abschnitten II und III genannten Personen Vermögen, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 3.850 Euro je Person (also bei Partnern insgesamt 7.700 Euro) übersteigt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Die im Abschnitt III aufgeführten weiteren Angehörigen haben Vermögen, das den Wert von je 3.100 Euro übersteigt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

VIII. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft			
(z.B. geschiedener oder getrennt lebender Ehegatte, Vater eines nichtehelichen Kindes, Eltern, usw.)			
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Geburtsdatum			
Verwandtschaftsverhältnis			
PLZ, Wohnort			
Straße, 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 Einkommen ausfüllen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 Einkommen ausfüllen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 Einkommen 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 Personen 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 Sozialhilfeträger beantragt bzw. bezogen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja	folgende Leistungen: zuletzt am	
	Name(n), Vornamen der Person(en)	
	Bei wem (zuständiger Träger)?	
	AZ/Kunden-Nr./Nr. der Bedarfsgemeinschaft	

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.

Dülmen,

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/
Antragstellerin

Ort/Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter
(falls Antragsteller minderjährig)

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

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/
Antragstellerin

Ort/Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter
(falls Antragsteller minderjährig)

Ist ein Betreuer/Vormund/Beistand bestellt?

nein ja ► durch: _____ AZ.: _____

Wirkung der Betreuung: _____ (Nachweise vorlegen)

Dülmen,

Ort/Datum

Unterschrift