

Hauptantrag HA Entwurf

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



Zutreffendes bitte ankreuzen



Weitere Informationen finden Sie in den Ausfüllhinweisen

1. Meine persönlichen Daten

1.1 Allgemein

Anrede	Vorname
Familienname	ggf. Geburtsname
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer	
Straße	Hausnummer
ggf. wohnhaft bei	
Postleitzahl	Wohnort
▶ Die Angaben zur Telefonnummer und zur E-Mail-Adresse sind freiwillig.	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

1.2 Mein Familienstand

Ich bin	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet
<input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit
Meine gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft ist	
<input type="checkbox"/> eingetragen	<input type="checkbox"/> aufgehoben seit

1.3 Meine Bankverbindung ?

▶ SGB II-Leistungen werden in der Regel bargeldlos überwiesen.

Name des Kontoinhabers	Kreditinstitut
Bankleitzahl	Kontonummer
BIC ?	IBAN ?



HA

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Tag der Antragstellung

Kundennummer

Nummer der Bedarfsgemeinschaft

Dienststelle

Team

Eingangsstempel

Antragsstellerin/Antragsteller hat sich ausgewiesen durch

- Bundespersonalausweis
- Pass
- sonstiges Ausweispapier

Handzeichen, Datum

Antrag vollständig am

Statistische Erfassung am

Arbeitsaufnahme am

- Anlage EK/Einkommensbescheinigung ausgehändigt

Erste Lohn-/Gehaltszahlung am

Sonstiges (z. B. Schulausbildung/ Berufsausbildung/Studium) ab

Handzeichen, Datum

1.4 Meine persönlichen Angaben

Ich bin Spätaussiedlerin bzw. Spätaussiedler .		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin Asylbewerberin bzw. Asylbewerber . ▶ Legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.		<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. ▶ Wenn Sie Nein angekreuzt haben, besteht für Sie kein Anspruch auf Leistungen des SGB II. Sie können in diesem Fall Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen. ?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin Schülerin bzw. Schüler . Dauer der Schulausbildung von - bis		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.
Ich bin Studentin bzw. Student . Dauer des Studiums von - bis		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.
Ich bin Auszubildende bzw. Auszubildender . Dauer der Ausbildung von - bis		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.
Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z. B. in einem Krankenhaus, Altenpflegeheim, in einer Justizvollzugsanstalt). ? Dauer der Unterbringung von - bis		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Schulbescheinigung

Studienbescheinigung

Ausbildungsbescheinigung

2. Personen in meiner Bedarfsgemeinschaft

▶ Leben Sie allein, dann gehen Sie bitte zu Abschnitt 3. ?

Zu meiner Bedarfsgemeinschaft gehören _____ weitere Personen.

Folgende Aussagen treffen auf meine Bedarfsgemeinschaft zu:

▶ Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

Ich lebe zusammen mit meiner **Ehegattin**/meinem **Ehegatten**. Wir leben **nicht** dauernd getrennt.

Ich lebe zusammen mit meiner **eingetragenen Lebenspartnerin**/meinem **eingetragenen Lebenspartner**. Wir leben **nicht** dauernd getrennt.

Ich lebe mit meiner Partnerin/meinem Partner in einer **Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft**. ?

Ich lebe mit mindestens einem unverheirateten Kind unter 25 Jahren zusammen.

Ich bin unter 25 Jahre alt und lebe mit meinen Eltern bzw. einem Elternteil zusammen.

2.1 Persönliche Daten der weiteren Personen meiner Bedarfsgemeinschaft

▶ Tragen Sie bitte die Person/en ein, die außer Ihnen zur Bedarfsgemeinschaft gehören. Füllen Sie bitte für jedes Kind unter 15 Jahren die **Anlage KI** und für alle anderen Personen jeweils die **Anlage WEP** aus.

Anlage KI

Anlage WEP

Name	Vorname	Geburtsdatum

2.2 Meine Haushaltsgemeinschaft

In meinem Haushalt wohnen _____ Personen, die nicht zur Bedarfsgemeinschaft jedoch zur Haushaltsgemeinschaft gehören. 

- ▶ Bitte füllen Sie für Personen mit denen Sie verwandt oder verschwägert sind, die **Anlage HG** aus. Für alle anderen Personen füllen Sie bitte die **Anlage VE** aus.

- Anlage HG
 Anlage VE

3. Prüfung des Mehrbedarfs

- ▶ Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

Ich bin **alleinerziehend**.

Ich bin **schwanger**.

- ▶ Bitte legen Sie geeignete Nachweise vor. 

Ich benötige aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändigere Ernährung**.

- ▶ Bitte füllen Sie die **Anlage MB** aus.

Ich habe eine **Behinderung und** erhalte

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes **oder**
- Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII).

- ▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor. 

Ich bin **nicht erwerbsfähig** und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G**.

- ▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.

Ich habe regelmäßig einen **unabweisbaren, besonderen Bedarf**, den ich nicht durch Einsparungen oder durch Zuwendungen Dritter abdecken kann (z.B. Kosten für den Besuch eines außerhalb der Bedarfsgemeinschaft lebenden Elternteils). 

- ▶ Bitte füllen Sie die **Anlage BB** aus.

Anlage MB

Anlage BB

4. Einkommensverhältnisse

- ▶ Bitte füllen Sie für sich und ggf. für jede weitere Person Ihrer Bedarfsgemeinschaft jeweils die **Anlage EK** aus. Zum Einkommen gehören auch Sozialleistungen und Renten. Bei Erwerbseinkommen aus unselbständiger Tätigkeit lassen Sie bitte außerdem die **Einkommensbescheinigung** durch den Arbeitgeber ausfüllen. Bei Einkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte die **Anlage EKS** aus.

- Anlage EK
 Einkommensbesch.
 Anlage EKS

5. Vermögensverhältnisse

- ▶ Bitte tragen Sie die Angaben über die Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft in die **Anlage VM** ein.

Anlage VM

6. Vorrangige Ansprüche

6.1 Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen

Ich habe schon andere Leistungen beantragt oder beabsichtige einen entsprechenden Antrag zu stellen.

Für ein Kind unter 15 Jahre wurden andere Leistungen beantragt oder es ist beabsichtigt einen entsprechenden Antrag zu stellen.

Leistungsart	Sozialleistungsträger/Familienkasse
Antragsdatum	Antrag gilt ab
Name des Kindes (bei Leistungen für ein Kind unter 15 Jahren)	

6.2 Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit

- ▶ Wenn Sie Arbeitslosengeld bereits beantragt haben, tragen Sie dies bitte in **Abschnitt 6.1** ein. Sollten Sie Arbeitslosengeld aktuell bereits beziehen, tragen Sie dies in **Anlage EK Abschnitt 2** ein. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben in **Abschnitt 6.2** machen.

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung

▶ Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

war ich **sozialversicherungspflichtig** beschäftigt.

von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit
-----------	-------------	-------------------

war ich **selbständig** tätig.

von - bis	Art der Tätigkeit
-----------	-------------------

habe ich **Wehr- oder Ersatzdienst** geleistet.

habe ich **Angehörige gepflegt** (Pflege gemäß dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)).

habe ich **Entgeltersatzleistungen** erhalten, z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld.

von - bis	Behörde	Leistung

<input type="checkbox"/> Der Anspruch auf Arbeitslosengeld ruht wegen einer Sperrzeit gemäß § 144 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III).	Dauer der Sperrzeit von - bis
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor.	<input type="checkbox"/> _____

<input type="checkbox"/> Der Anspruch auf Arbeitslosengeld ist wegen einer Sperrzeit gemäß § 147 SGB III erloschen .	Datum des Erlöschens
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor.	<input type="checkbox"/> _____

6.3 Ansprüche gegenüber Arbeitgebern

Ich erhebe Ansprüche gegen meinen letzten Arbeitgeber für noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (z. B. bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder gegen einen ehemaligen Arbeitgeber für Zeiten nach dem Ausscheiden (z. B. bei noch ausstehenden Abfindungen).

Arbeitgeber	Anschrift
Grund	
Gericht	Aktenzeichen

▶ Bitte geben Sie den Namen und den Ort des Gerichtes an, bei dem die Klage anhängig ist.

6.4 Ansprüche gegenüber Dritten

Ich lebe bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner lebt getrennt von der Ehegatin/dem Ehegatten oder der eingetragenen Lebenspartnerin/dem eingetragenen Lebenspartner.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage UH1** aus.

Anlage UH1

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 UH1** aus.

Anlage UH1

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 UH2** aus.

Anlage UH2

<input type="checkbox"/> Eine Person der Haushaltsgemeinschaft ist <ul style="list-style-type: none"> • unter 18 Jahre alt bzw. • zwischen 18 und 24 Jahren alt und macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen. Ein Elternteil dieser Person lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft. ► Bitte füllen Sie die Anlage UH3 aus.
<input type="checkbox"/> Ich bin <ul style="list-style-type: none"> • unter 18 Jahre alt bzw. • zwischen 18 und 24 Jahre alt und mache eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen. Ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft. ► Bitte füllen Sie die Anlage UH4 aus.
<input type="checkbox"/> Ich habe einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung). Ich bin deshalb hilfebedürftig geworden. ► Bitte füllen Sie die Anlage UF aus. ?
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Anspruch gegen Dritte (z. B. aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen). ? Bezeichnung des Anspruchs _____ ► Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach.

Anlage UH3

Anlage UH4

Anlage UF

7. Sozialversicherung

7.1 Krankenversicherung

<input type="checkbox"/> Ich bin in der gesetzlichen Krankenkasse pflicht-, familien- oder freiwillig versichert. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Name der Krankenkasse</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Sitz der Krankenkasse</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Krankenversicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer			
Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer				
<input type="checkbox"/> Ich bin zurzeit privat krankenversichert. ► Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 1 aus.						
<input type="checkbox"/> Ich bin zurzeit nicht krankenversichert. ► Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 2 aus.						

Anlage SV

7.2 Prüfung einer Familienversicherung

<input type="checkbox"/> Meine getrennt lebende Ehegattin/mein getrennt lebender Ehegatte bzw. meine getrennt lebende eingetragene Lebenspartnerin/mein getrennt lebender eingetragener Lebenspartner ist pflichtversichert .										
<input type="checkbox"/> Ich bin jünger als 23 Jahre und meine Mutter/mein Vater ist pflichtversichert. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Name der pflichtversicherten Person</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Vorname</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Geburtsdatum</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Krankenkasse</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Sitz der Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Krankenversicherungsnummer _____	Name der pflichtversicherten Person	Vorname			Geburtsdatum	Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse			
Name der pflichtversicherten Person	Vorname									
Geburtsdatum	Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse								

7.3 Rentenversicherung

<input type="checkbox"/> Ich bin in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert.
<input type="checkbox"/> Ich bin von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit. Die Rentenversicherungsnummer <input type="checkbox"/> habe ich bereits beantragt. <input type="checkbox"/> soll vom Jobcenter beantragt werden.

8. Kosten der Unterkunft und Heizung

<input type="checkbox"/> Mir entstehen Kosten für Unterkunft und Heizung. ► Bitte füllen Sie die Anlage KDU aus.
--

Anlage KDU

Beachten Sie bitte, dass dieser Antrag gemäß § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II in der Regel auf den Ersten des Monats zurückwirkt und Sie somit alle leistungsrelevanten Tatsachen (insbesondere Zufluss von Einkommen) für den gesamten Monat (auch für die Zeit ab dem Ersten des Monats) angeben müssen.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (vgl. auch Kapitel 17 des Merkblattes). 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.

Da Sie die Leistungen beantragen, wird davon ausgegangen, dass Sie auch die Vertretung Ihrer Bedarfsgemeinschaft übernommen haben. Diese gilt nicht mehr, wenn Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Jobcenter erklären, dass Sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen (§ 38 SGB II).

Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft mit der Erstattung der zu viel gezahlten Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus. Beachten Sie bitte, dass das Jobcenter im Wege des automatisierten Datenabgleiches 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.

Ich habe das Merkblatt „SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II/ Sozialgeld)“ und die Ausfüllhinweise erhalten und kenne deren Inhalt. Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten, die von der Bundesagentur für Arbeit zur Gewährung des Arbeitslosengeldes erhoben und verarbeitet wurden, im Rahmen dieser Antragstellung durch das Jobcenter verwendet werden dürfen. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Es wurde eine Betreuerin/ein Betreuer vom **Betreuungsgericht** bestellt.

Aktenzeichen

Die Betreuung wirkt sich auf folgende Lebensbereiche aus:

Ort/Datum

Unterschrift Betreuerin/Betreuer

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller

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

In folgenden Abschnitten wurden Änderungen und Ergänzungen vorgenommen:

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Kassenvermerke

Festgestellt
Handzeichen, Datum

Angeordnet
Handzeichen, Datum