

**ANTRAG AUF LEISTUNGEN ZUR SICHERUNG DES LEBENSUNTERHALTES NACH DEM ZWEITEN  
BUCH SOZIALGESETZBUCH (SGB II) - ARBEITSLOSENGELD II / SOZIALGELD**



Vom Sachbearbeiter auszufüllen	
Tag der Antragstellung	
Vollständigkeit des Antrags	
Wirkung der Antragstellung	
Aktenzeichen	

Antragstellung ab einem späteren Zeitpunkt	
Ich beantrage Leistungen erst mit Wirkung zum	

1. Allgemeine Daten des Antragstellers/der Antragstellerin	
Familienname	Vorname
Straße, Haus-Nr. (ggf. bei wem)	PLZ, Wohnort
Telefonnummer (mit Vorwahl)	E-Mail-Adresse
<b>Bankverbindung</b> (bitte angeben, da die Leistungen bargeldlos überwiesen werden)	
IBAN	BIC
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kreditinstitut	Kontoinhaber
	<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> anderer, Name:
Falls Sie kein Konto haben und auch keines eröffnen können, weisen Sie dieses bitte durch eine Bescheinigung nach.	

2. Persönliche Verhältnisse		
	des Antragstellers / der Antragstellerin Ich bin <input type="checkbox"/> allein stehend <input type="checkbox"/> allein erziehende(r) Mutter/Vater Die Kinder sind in Abschnitt 3. einzutragen.	des Partners / der Partnerin des Antragstellers / der Antragstellerin nach Nr. ①, also des <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 <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span> seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span> seit _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)		

	①	②
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Können Sie - Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> 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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ausbildung/Studium - auch Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende/s Ausbildung/Studium:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende/s Ausbildung/Studium:
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ <b>Wenn ja:</b> Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ <b>Wenn ja:</b> Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.
Krankenversicherung ⇒	Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn ja:</b> Name der Krankenkasse	Er/sie ist in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn ja:</b> Name der Krankenkasse
	Mitgliedsnummer:	Mitgliedsnummer:
	<b>Wenn nein:</b> <input type="checkbox"/> Ich war bisher <b>nicht</b> krankenversichert. <b>Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor.</b> <input type="checkbox"/> Ich war bisher <b>privat</b> krankenversichert. (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	<b>Wenn nein:</b> <input type="checkbox"/> Er/sie war bisher <b>nicht</b> krankenversichert. <b>Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor.</b> <input type="checkbox"/> Er/sie war bisher <b>privat</b> krankenversichert. (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)
Rentenversicherungsnummer		

3. Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen			
Leben weitere Personen im gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Wenn ja, tragen Sie bitte die weiteren Personen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein.</b> Bei mehr als 3 weiteren Personen ist die <b>Anlage Angehörige</b> 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			
Geburtsort			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil

	③	④	⑤	
Berechtigte(r) nach Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ausbildung/Studium - auch Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende/s Ausbildung/Studium:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende/s Ausbildung/Studium:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende/s Ausbildung/Studium:	
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	
<b>Die folgenden Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung der Angehörigen sind nur zu beantworten, wenn die Angehörigen 14 Jahre oder älter sind.</b>				
Krankenversicherung	Name der Krankenkasse		Name der Krankenkasse	
	Mitgliedsnummer:		Mitgliedsnummer:	
	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)		<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	
	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert		<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	
Rentenversicherungsnummer				

<b>4. Leistungen für besondere Mehrbedarfe</b>	
<p>Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind. Dies gilt für alle Angehörige innerhalb des Haushaltes.</p> <p>Eine Person innerhalb der Bedarfsgemeinschaft</p> <p><input type="checkbox"/> ist <b>schwanger</b>. Name, Vorname _____ Legen Sie bitte den <b>Mutterpass</b> vor!</p> <p><input type="checkbox"/> ist <b>allein erziehend</b>. Name, Vorname _____</p> <p><input type="checkbox"/> gehört zum Personenkreis der schwer behinderten Menschen und erhält <b>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</b>. ⇒ Name, Vorname: _____ Legen Sie bitte den <b>Bewilligungsbescheid</b> vor!</p> <p><input type="checkbox"/> Bedarf <b>aus medizinischen Gründen</b> einer <b>kostenaufwändigen Ernährung</b>. ⇒ Name, Vorname: _____ Füllen Sie <b>Anlage MEB</b> aus!</p> <p><input type="checkbox"/> ist <b>nicht erwerbsfähig und Inhaber eines Ausweises (nach § 69 Abs. 5 SGB IX) mit dem Merkzeichen G</b> ⇒ Name, Vorname: _____ Legen Sie den <b>amtlichen Ausweis</b> vor!</p> <p><input type="checkbox"/> hat einen <b>laufenden besonderen Bedarf</b> aufgrund eines besonderen Lebensumstands (z. B. für Umgangsrecht)? ⇒ Name, Vorname: _____ Füllen Sie <b>Anlage BEBE</b> aus!</p>	

<b>5. Wohnverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden Personen</b>	
Anzahl der Personen, die in meinem Haushalt wohnen, die nicht zur Bedarfsgemeinschaft, jedoch zur Haushaltsgemeinschaft gehören.	Anzahl:
Bitte machen Sie Angaben zu den Personen, die mit Ihnen -neben Ihrer Bedarfsgemeinschaft- im Haushalt leben und verwandt und verschwägert sind, in der " <b>Anlage Haushaltsgemeinschaft</b> "	
Kosten für Unterkunft und Heizung sind in der " <b>Anlage KdU zur Feststellung der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung</b> " einzutragen.	

<b>6. Einkommensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden Personen</b>	
Einkommen ist in der <b>Anlage EK</b> zu erfassen. Für jede Person ab 15 Jahren ist eine Anlage EK auszufüllen.	
<input type="checkbox"/> Es besteht ein Anspruch auf Kindergeld in Höhe von monatlich _____ Euro Kindergeld-Nr. _____	
⇒ Aktueller Nachweis ist vorzulegen (z. B. Kontoauszug) _____ für Personen <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	
<input type="checkbox"/> Keine der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einnahmen in Geld oder Geldeswert.	

<b>7. Vermögensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden Personen</b>	
Angaben zum Vermögen (auch Angaben zu Girokonten) sind in der " <b>Anlage VM zur Feststellung des vorhandenen Vermögens</b> " vorzunehmen.	

### 8. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushalts

Bei z. B. getrennt lebenden Ehegatten oder einem nicht im Haushalt lebendem Elternteil eines Kindes/ der Kinder ist die **“Anlage UH zur Feststellung unterhaltspflichtiger Angehöriger“** vorzunehmen.

### 9. Vorrangige Ansprüche

1.	Erheben Sie oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen Ansprüche gegen einen ehemaligen Arbeitgeber für Zeiten nach dem Ausscheiden? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Wenn ja, Name, Vorname:</td> <td style="width: 50%;">Anschrift des Arbeitgebers</td> </tr> <tr> <td>Grund:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gericht/AZ:</td> <td></td> </tr> </table>	Wenn ja, Name, Vorname:	Anschrift des Arbeitgebers	Grund:		Gericht/AZ:										
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? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>															
⇨	Anzugesen sind insbesondere Arbeitslosengeld I, alle Renten, Ausgleichszahlungen des ehemaligen Arbeitgebers, Kindergeld, Kinderzuschlag, Wohngeld, Leistungen nach dem UVG, Elterngeld, Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII.															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Für welche Person?</td> <td style="width: 20%;">Art der Leistung(en):</td> <td style="width: 20%;">Sozialleistungsträger:</td> <td style="width: 10%;">beantragt am:</td> <td style="width: 10%;">für die Zeit ab:</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Für welche Person?	Art der Leistung(en):	Sozialleistungsträger:	beantragt am:	für die Zeit ab:										
Für welche Person?	Art der Leistung(en):	Sozialleistungsträger:	beantragt am:	für die Zeit ab:												
3.	Meine Hilfebedürftigkeit / Die Hilfebedürftigkeit einer der mit mir im Haushalt lebenden Personen wurde durch einen Unfall verursacht. Wenn ja, bitte den <b>Unfallbogen</b> ausfüllen! <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>															
	Wenn ja, Angabe des/der Geschädigten:															
4.	Hat sich eine Person für Sie gegenüber der Ausländerbehörde oder einer Auslandsvertretung verpflichtet Ihre Kosten für den Lebensunterhalt zu tragen? (Verpflichtungserklärung nach § 68 Aufenthaltsgesetz) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>															
	Wenn ja, Name, Anschrift und Geburtsdatum des Verpflichtungsgebers:															

### 10. Betreuer/Vormund/Beistand

Ist ein Betreuer/Vormund/Beistand bestellt?

nein  ja ► durch: \_\_\_\_\_ AZ.: \_\_\_\_\_

Wirkung der Betreuung: \_\_\_\_\_ (Nachweise vorlegen)

\_\_\_\_\_ Ort/Datum                      \_\_\_\_\_ Unterschrift des Betreuers/Vormunds/Beistands

### 11. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben nochmals genau. Vermeiden Sie in jedem Fall unrichtige oder unvollständige Angaben.

**Hinweis:** Da die unter Abschnitt 1. 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 dem Jobcenter Kreis Warendorf 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.

\_\_\_\_\_ Ort/Datum                      \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller/ Antragstellerin

\_\_\_\_\_ Ort/Datum                      Falls Antragsteller minderjährig: Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

\_\_\_\_\_ Ort/Datum                      \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller/ Antragstellerin

\_\_\_\_\_ Ort/Datum                      Falls Antragsteller minderjährig: Unterschrift gesetzlicher Vertreter