

**ANTRAG AUF GRUNDSICHERUNG FÜR ARBEITSUCHENDE NACH DEM SOZIALGESETZBUCH ZWEITES BUCH (SGB II) - ARBEITSLOSENGELD II / SOZIALGELD**



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

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

I. 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.	

II. 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 III 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"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
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="float: right;">} seit _____</span>	<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="float: right;">} seit _____</span>
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
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, wegen <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Behinderung	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, wegen <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Behinderung
Anspruchsberechtigt nach Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zurzeit in (Schul-)Ausbildung oder Studium?	<input type="checkbox"/> Schüler(in) <input type="checkbox"/> Auszubildende(r) <input type="checkbox"/> Student(in) bis voraussichtlich: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Schüler(in) <input type="checkbox"/> Auszubildende(r) <input type="checkbox"/> Student(in) bis voraussichtlich: _____ <input type="checkbox"/> nein
Zurzeit in stationärer Einrichtung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Aufenthalt im Zeitraum vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Aufenthalt im Zeitraum vom _____ bis _____
Krankenversicherung	Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn ja:</b> Name der Krankenkasse:	Er/Sie ist in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert <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.	<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.
Rentenversicherungsnummer		

III. 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 - nach deren Alter sortiert (beginnend mit der ältesten) - ein.</b> Bei mehr als 3 weiteren Personen ist die „Anlage Angehörige“ zu verwenden.			
	③	④	⑤
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/Partner(in)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers
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, wegen <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Behinderung	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, wegen <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Behinderung	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, wegen <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Behinderung
	③	④	⑤

Anspruchsberechtigt 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
Zurzeit in (Schul-)Ausbildung oder Studium?	<input type="checkbox"/> Schüler(in) <input type="checkbox"/> Auszubildende(r) <input type="checkbox"/> Student(in) bis voraussichtlich: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Schüler(in) <input type="checkbox"/> Auszubildende(r) <input type="checkbox"/> Student(in) bis voraussichtlich: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Schüler(in) <input type="checkbox"/> Auszubildende(r) <input type="checkbox"/> Student(in) bis voraussichtlich: _____ <input type="checkbox"/> nein
Zurzeit in stationärer Einrichtung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aufenthalt vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aufenthalt vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aufenthalt vom _____ bis _____
<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	Name der Krankenkasse
	Mitgliedsnummer:	Mitgliedsnummer:	Mitgliedsnummer:
	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung
	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert
Rentenversicherungsnummer			

<b>IV. 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>V. 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 Kosten der Unterkunft</b> “ einzutragen.	

<b>VI. Einkommensverhältnisse des Antragstellers / der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden Personen</b>	
Einkommen ist in der „ <b>Anlage Einkommen</b> “ zu erfassen. Für jede Person ab 15 Jahren ist eine Anlage Einkommen 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>VII. Vermögensverhältnisse des Antragstellers / der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden Personen</b>	
Angaben zum Vermögen (auch Angaben zu Girokonten) sind in der „ <b>Anlage Vermögen</b> “ zu machen.	
<b>VIII. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts</b>	

Bei z. B. getrennt lebenden Ehegatten oder einem nicht im Haushalt lebendem Elternteil eines Kindes / der Kinder ist die „Anlage Unterhalt“ auszufüllen.

### IX. Vorrangige Ansprüche

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 Arbeitslosengeld I, alle Renten, Ausgleichszahlungen des ehemaligen Arbeitgebers, Kindergeld, Kinderzuschlag, Wohngeld, Unterhaltsvorschuss, Elterngeld, Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII.			
	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! <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	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) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	Wenn ja, Name, Anschrift und Geburtsdatum des Verpflichtungsgebers:			

### X. 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

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

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 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.**

Das Merkblatt „Informationen zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten nach Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)“ habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller(in)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Falls Antragsteller minderjährig: Unterschrift gesetzliche(r) Vertreter(in)

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiter(innen) des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller(in)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Falls Antragsteller minderjährig: Unterschrift gesetzliche(r) Vertreter(in)