

Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)

- Bürgergeld -

Um die Ihnen zustehenden Leistungen Ihrer Situation entsprechend gewähren zu können, ist die umfassende Kenntnis Ihrer persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse erforderlich. Aus diesem Grund ist die Beantwortung der nachfolgenden Fragen notwendig. Bitte füllen Sie den Antrag und die Ergänzungsbögen (ohne die grau unterlegten Felder) in **Druckbuchstaben** aus. Lesen Sie am besten jedes Kästchen für sich! Falls sich bei **einzelnen** Fragen Schwierigkeiten ergeben sollten, ist Ihnen Ihr Sachbearbeiter gerne behilflich.

Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen:		Aktenzeichen:
Antrag ausgegeben am: <i>Handzeichen Sachbearbeiter:</i>	Antrag eingegangen am: <i>Handzeichen Sachbearbeiter:</i>	Antragsteller ausgewiesen durch: <input type="checkbox"/> Bundespersonalausweis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> sonstiges Ausweispapier

Allgemeine Angaben des Antragstellers:

Name: _____ Straße, Hausnummer: _____
Vorname: _____ Postleitzahl, Wohnort: _____
Geschlecht: männlich weiblich divers Staatsangehörigkeit: _____

Begründung des Antrags:

- Arbeitslosengeld I läuft aus (*Bitte Bescheid mitbringen!*) Trennung
 Umzug sonstiger Grund: _____
 zu geringes Einkommen
 Wegfall des bisherigen Einkommens _____

Haben Sie schon einmal SGB II-Leistungen erhalten? nein ja (*Wenn ja: Bitte letzten Bescheid mitbringen!*)

Wie wohnen Sie?

- Mietwohnung (auch Untermiete) → *Bitte lassen Sie die Mietbescheinigung von Ihrem Vermieter ausfüllen und fügen Sie Ihren Mietvertrag bei.*
 eigenes Haus / Eigentumswohnung → *Bitte füllen Sie den Ergänzungsbogen H aus.*
 Unterbringung in einer Obdachlosenunterkunft → *Bitte lassen Sie die Mietbescheinigung vom Vermieter ausfüllen und fügen Sie den Mietvertrag bei.*
 Unterbringung bei Verwandten oder Bekannten
 mietfrei andere Vereinbarung → *Bei einer Vereinbarung: Bitte fügen Sie Nachweise über Ihre Mietzahlungen bei!*
 derzeit stationäre Unterbringung in einer Einrichtung (z.B. Reha-Maßnahme, längerer Krankenhausaufenthalt) → *Bitte fügen Sie als Beleg ein entsprechendes Schreiben bei.*
 ohne festen Wohnsitz

Haben Sie derzeit bei anderen Behörden Leistungen beantragt, die Sie aber noch nicht erhalten?

ja nein

Wenn ja: Bitte die Art der Leistung angeben!

- Arbeitslosengeld I BAföG
 sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit Leistungen vom Arbeitgeber abgesehen vom Lohn
 Leistungen Ihres Rententrägers im In- und Ausland andere Leistungen: _____
(z.B. Altersrente, Witwenrente)
 Leistungen Ihrer Krankenkasse (z.B. Pflegegeld, Krankengeld, Mutterschaftsgeld) _____

Haben Sie oder eine mit Ihnen im Haushalt lebende Person ...

- ... bisher Wohngeld und / oder Kinderzuschlag erhalten? ja nein
... im Zusammenhang mit einer Berufstätigkeit jemals einen Unfall erlitten? ja nein
... geklärte / ungeklärte Ansprüche aus Erbschaften, Nießbrauch-, Altenteil- oder Wohnrechten? ja nein
... geklärte oder ungeklärte Schadensersatzansprüche? ja nein
... sonstige finanzielle Ansprüche? ja nein

Wenn ja: Bitte machen Sie auf einem gesonderten Blatt nähere Angaben und fügen Sie Nachweise bei!

Persönliche Daten der Antragstellerin / des Antragstellers

1	Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ ggf. Geburtsname: _____ Steuer-ID: _____ Telefonnummer: _____ Handynummer: _____ E-Mail: _____	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft seit: _____ <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben seit: _____
		Bankverbindung: BIC: _____ IBAN: _____ Bankname: _____ Handelt es sich um ein Pfändungsschutzkonto? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn eine andere Person Kontoinhaber ist: Name: _____ Vorname: _____
Haben Sie bereits eine Kundennummer bei der Bundesagentur für Arbeit? Wenn ja, bitte angeben: _____		
Rentenversicherung: Rentenversicherungsnummer: _____		Rentenversicherungsträger: <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> knappschaftlich versichert
Kranken- und Pflegeversicherung: Sind Sie bei einer <u>gesetzlichen</u> Krankenkasse versichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert → wenn familienversichert: Über wen? (Name, Vorname): _____ Name und Sitz der Krankenkasse: _____ Krankenversichertennummer: _____		
Wenn nein: Ich bin <input type="checkbox"/> privat krankenversichert. <input type="checkbox"/> freiwillig krankenversichert. <input type="checkbox"/> nicht krankenversichert. Bitte fügen Sie einen Nachweis über Ihre bisherige Krankenversicherung bei.		
Sind Sie besonders belastet durch: <input type="checkbox"/> Schwangerschaft? Bitte voraussichtlichen Geburtstermin angeben: _____ <input type="checkbox"/> Diät? Bitte Typ der Diät angeben: _____ <input type="checkbox"/> Schwerbehinderung? Bitte Grad der Behinderung/Merkzeichen angeben: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges? _____ Bitte bringen Sie Belege mit, die Ihre besonderen Belastungen beweisen.		

Angaben zu den weiteren Personen, die mit Ihnen im Haushalt leben

Bitte füllen Sie die folgenden Angaben vollständig für alle in Ihrem Haushalt lebenden Personen aus.

Denken Sie daran entsprechende Nachweise (z.B. Mutterpass, Behindertenausweis, Bescheinigung vom Arzt oder ähnliches) beizufügen! Geben Sie bitte bei allen im Haushalt lebenden Personen die Krankenkasse an!

2	Name: _____ Vorname: _____ Ggf. Geburtsname: _____ Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____ Steuer-ID: _____	Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____	Besondere Belastungen: <input type="checkbox"/> Schwangerschaft: _____ <input type="checkbox"/> Diät: _____ <input type="checkbox"/> Behinderung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
		Stellung zum / zur Antragsteller/in: (Ehemann/-frau, Partner/in, Tochter, Sohn, Schwester, Tante...)	
Haben Sie bereits eine Kundennummer bei der Bundesagentur für Arbeit? Wenn ja, bitte angeben: _____			
Rentenversicherungsnummer: _____		Rentenversicherungsträger: <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> knappschaftlich versichert	
Krankenversicherungsart: <input type="checkbox"/> gesetzlich → wenn gesetzlich: <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert → wenn familienversichert: Über wen? (Name, Vorname): _____ Name und Sitz der Krankenkasse: _____ Krankenversichertennummer: _____			
Oder andere Versicherungsart: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> nicht versichert			Bitte alle Angaben durch Belege nachweisen!

3	Name: _____	Geburtsdatum: _____	Besondere Belastungen: <input type="checkbox"/> Schwangerschaft: _____ <input type="checkbox"/> Diät: _____ <input type="checkbox"/> Behinderung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
	Vorname: _____	Familienstand: _____	
	Ggf. Geburtsname: _____	Stellung zum / zur Antragsteller/in: (Ehemann/-frau, Partner/in, Tochter, Sohn, Schwester, Tante...)	
	Geburtsort: _____		
	Staatsangehörigkeit: _____		
	Steuer-ID: _____		
Haben Sie bereits eine Kundennummer bei der Bundesagentur für Arbeit? <i>Wenn ja, bitte angeben:</i> _____			
Rentenversicherungsnummer: _____		Rentenversicherungsträger: <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> knappschaftlich versichert	
Krankenversicherungsart: <input type="checkbox"/> gesetzlich → <i>wenn gesetzlich:</i> <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert → <i>wenn familienversichert:</i> Über wen? (Name, Vorname): _____			
Name und Sitz der Krankenkasse: _____ Krankenversichertennummer: _____			
Oder andere Versicherungsart: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> nicht versichert Bitte alle Angaben durch Belege nachweisen!			

4	Name: _____	Geburtsdatum: _____	Besondere Belastungen: <input type="checkbox"/> Schwangerschaft: _____ <input type="checkbox"/> Diät: _____ <input type="checkbox"/> Behinderung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
	Vorname: _____	Familienstand: _____	
	Ggf. Geburtsname: _____	Stellung zum / zur Antragsteller/in: (Ehemann/-frau, Partner/in, Tochter, Sohn, Schwester, Tante...)	
	Geburtsort: _____		
	Staatsangehörigkeit: _____		
	Steuer-ID: _____		
Haben Sie bereits eine Kundennummer bei der Bundesagentur für Arbeit? <i>Wenn ja, bitte angeben:</i> _____			
Rentenversicherungsnummer: _____		Rentenversicherungsträger: <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> knappschaftlich versichert	
Krankenversicherungsart: <input type="checkbox"/> gesetzlich → <i>wenn gesetzlich:</i> <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert → <i>wenn familienversichert:</i> Über wen? (Name, Vorname): _____			
Name und Sitz der Krankenkasse: _____ Krankenversichertennummer: _____			
Oder andere Versicherungsart: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> nicht versichert Bitte alle Angaben durch Belege nachweisen!			

5	Name: _____	Geburtsdatum: _____	Besondere Belastungen: <input type="checkbox"/> Schwangerschaft: _____ <input type="checkbox"/> Diät: _____ <input type="checkbox"/> Behinderung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
	Vorname: _____	Familienstand: _____	
	Ggf. Geburtsname: _____	Stellung zum / zur Antragsteller/in: (Ehemann/-frau, Partner/in, Tochter, Sohn, Schwester, Tante...)	
	Geburtsort: _____		
	Staatsangehörigkeit: _____		
	Steuer-ID: _____		
Haben Sie bereits eine Kundennummer bei der Bundesagentur für Arbeit? <i>Wenn ja, bitte angeben:</i> _____			
Rentenversicherungsnummer: _____		Rentenversicherungsträger: <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> knappschaftlich versichert	
Krankenversicherungsart: <input type="checkbox"/> gesetzlich → <i>wenn gesetzlich:</i> <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert → <i>wenn familienversichert:</i> Über wen? (Name, Vorname): _____			
Name und Sitz der Krankenkasse: _____ Krankenversichertennummer: _____			
Oder andere Versicherungsart: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> nicht versichert Bitte alle Angaben durch Belege nachweisen!			

Bitte prüfen Sie Ihre Angaben nochmal genau. Vermeiden Sie in jedem Fall unrichtige oder unvollständige Angaben und geben Sie auf der Seite 2 Ihre Telefonnummer für Rückfragen an.

Für die Leistungszahlung werden einzelne Daten automatisch gespeichert und verarbeitet.

Da Sie die Leistungen beantragen, wird davon ausgegangen, dass Sie die Vertretung Ihrer Bedarfsgemeinschaft übernehmen. Sie sind nicht mehr vertretungsberechtigt, wenn Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Leistungsträger erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen (§ 38 SGB II).

Personen, die 15 Jahre und älter sind und mit Ihnen in Bedarfsgemeinschaft leben, müssen zusätzlich den Ergänzungsbogen E (Erklärung für über 15-jährige Personen der Bedarfsgemeinschaft) ausfüllen.

Nach § 7 Abs. 3 SGB II gehören zur Bedarfsgemeinschaft

1. die erwerbsfähigen Leistungsberechtigten,
2. die im Haushalt lebenden Eltern oder der im Haushalt lebende Elternteil eines unverheirateten erwerbsfähigen Kindes, welches das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und der im Haushalt lebende Partner dieses Elternteils,
3. als Partner der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten
 - a) der nicht dauernd getrennt lebende Ehegatte,
 - b) der nicht dauernd getrennt lebende Lebenspartner,
 - c) eine Person, die mit der erwerbsfähigen leistungsberechtigten Person in einem gemeinsamen Haushalt so zusammenlebt, dass nach verständiger Würdigung der wechselseitige Wille anzunehmen ist, Verantwortung füreinander zu tragen und füreinander einzustehen,
4. die dem Haushalt angehörenden unverheirateten Kinder der in den Nummern 1 bis 3 genannten Personen, wenn sie das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, soweit sie die Leistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen beschaffen können.

Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, werden von Ihnen und den Mitgliedern der Bedarfsgemeinschaft die zu viel gezahlten Leistungen zurückgefordert. Dabei handelt es sich um einen Betrugstatbestand, der mit einem Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahren geahndet wird. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen erhalten.

Unterschriften

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffen. Das Merkblatt "Wichtige Hinweise und Informationen zu Ihren Pflichten, wenn Sie Leistungen des SGB II in Anspruch nehmen" habe ich erhalten und von seinem Inhalt Kenntnis genommen.	Ich versichere, dass die mich betreffenden Angaben richtig sind. Ich bevollmächtige zudem die Antragstellerin / den Antragsteller zur <u>Vertretung in sämtlichen Angelegenheiten</u> , die im Zusammenhang mit der Gewährung von Leistungen zur Sicherstellung des Lebensunterhalts nach dem SGB II stehen.
Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	Unterschrift der Partnerin / des Partners

Bitte lassen Sie alle Haushaltsmitglieder, die 15 Jahre und älter sind, unterschreiben:

Ich versichere, dass die mich betreffenden Angaben richtig sind.

Hiermit bevollmächtige ich zudem die Antragstellerin / den Antragsteller zur Vertretung in sämtlichen Angelegenheiten, die im Zusammenhang mit der Gewährung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II stehen, insbesondere zur Beantragung von Leistungen, zum Empfang sämtlicher Bescheide und Mitteilungen (u. a. Bescheide über die Gewährung, darlehensweise Gewährung, Leistungsminderung, Aufhebung und Erstattung von Leistungen sowie Aufforderungen zur Senkung der Unterkunftskosten) sowie zum Empfang der Leistungen. Insoweit bleibt der Vollmachtgeber aber weiterhin empfangsbefugt.

Die Vollmacht erfasst nicht die Angelegenheiten, die im Zusammenhang mit der Eingliederung der erwerbsfähigen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft in Arbeit stehen, z.B. den Abschluss eines Kooperationsplans oder von Eingliederungsleistungen nach § 16 SGB II. Jedoch ist der Bevollmächtigte ermächtigt, Bescheide und sonstige Schriftstücke, sowie Geldleistungen die im Zusammenhang mit der Eingliederung der erwerbsfähigen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft in Arbeit stehen, zu empfangen. Insoweit bleibt der Vollmachtgeber aber weiterhin empfangsbefugt.

Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift	Unterschrift
Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift	Unterschrift

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder bei der Antragsannahme beim zuständigen Träger vorgenommenen <u>Änderungen bzw. Ergänzungen</u> bei den Fragen.	
Ort, Datum	Handzeichen Sachbearbeiter
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	

Ist eine Betreuerin / ein Betreuer vom Vormundschaftsgericht bestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, durch: _____	Wirkung der Betreuung: _____
Name, Vorname: _____	Bitte Nachweis beifügen!
Anschrift: _____	
Ort, Datum	Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers