

Antrag auf Alg II / *Application for Alg II*: Hauptantrag

Quelle / Source:

https://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webd/atei/mdaw/mtk2/~edisp/l6019022dstbai378191.pdf?_ba.sid=L6019022DSTBAI378194

Version: 01/2017

**Sprachen: Deutsch / Einfache Sprache
German / Simple German**

**Veröffentlicht / *published*: Languages:
23.11.2017**

*** Achtung: Dieses Dokument ist nur eine Hilfe. Sie müssen das originale Formular ausfüllen.**

Wenn Sie das allein machen, machen Sie vielleicht etwas falsch. Das kann dann Probleme geben. Deswegen raten wir Ihnen, sich in einer Beratungsstelle Hilfe zu holen.

Alle Übersetzungen haben ehrenamtliche Helferinnen und Helfer von dem Verein "KuB" gemacht. So gut sie es konnten. Aber sie können keine Garantie geben, dass sie jeden Satz richtig übersetzt haben.

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>

Hauptantrag

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



Zutreffendes bitte ankreuzen



Weitere Informationen finden Sie zu der jeweiligen Nummer in den Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.arbeitsagentur.de.

1. Meine persönlichen Daten

1.1 Allgemein

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt
Straße, Hausnummer	
ggf. wohnhaft bei	
Postleitzahl	Wohnort
▶ Die Angaben zur Telefonnummer und zur E-Mail-Adresse sind freiwillig. <input type="radio"/>	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

1.2 Mein Familienstand

Ich bin	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet
<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 auf ein Konto überwiesen.

Kontoinhaberin/Kontoinhaber	Kreditinstitut
BIC <input type="radio"/>	▶ BIC und IBAN finden Sie in der Regel auf Ihrem Kontoauszug.
IBAN <input type="radio"/>	



2 HA

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Tag der Antragstellung

Kundennummer

Nummer der Bedarfsgemeinschaft

Dienststelle | Team

Antragstellerin/Antragsteller hat sich ausgewiesen durch

- Bundespersonalausweis
- Pass
- Sonstiges Ausweispapier (z. B. elektronischer Aufenthaltstitel)

Gültig bis

AZR-Nummer

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 habe für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen. Ja Nein
 ► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Ich bin **Spätaussiedlerin/Spätaussiedler** und besitze noch nicht die **deutsche** Staatsangehörigkeit.
 ► Falls ja, legen Sie bitte den Aufnahmebescheid vor.

Ich bin **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**.
 ► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung) vor.

Ich bin – meiner Einschätzung nach – **gesundheitslich** in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens **drei Stunden täglich** auszuüben. Ja
 ► Wenn Sie Nein angekreuzt haben, besteht für Sie möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen des SGB II. Sie können in diesem Fall Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen.

Ich bin **Schülerin/Schüler**.
 Dauer der Schulausbildung von - bis Ja Nein
 ► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Schulbescheinigung) vor.

Ich bin **Studentin/Student**.
 Dauer des Studiums von - bis Ja Nein
 ► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung vor.

Ich habe Leistungen nach dem **Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)** beantragt. Ja Nein
 ► Falls ja, legen Sie bitte einen Nachweis über die Antragstellung oder – soweit über Ihren (BAföG)-Antrag bereits entschieden wurde – den entsprechenden Bescheid über die Bewilligung oder Ablehnung vor.

Ich bin **Auszubildende/Auszubildender**.
 Dauer der Ausbildung von - bis Ja Nein
 ► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung vor.

Während der Ausbildung bin ich in einem **Wohnheim, Internat** oder beim **Ausbilder mit voller Verpflegung** oder **anderweitig mit Kostenerstattung** für Unterkunft und Verpflegung untergebracht.
 ► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (z. B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). Ja
 Dauer der Unterbringung von - bis Ja Nein
 ► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und dessen Dauer vor.

Bearbeitungsvermerke
 Nur vom Jobcenter auszufüllen

Aufnahmebescheid

Studienbescheinigung

Ausbildungsvertrag

2. Personen in meiner Bedarfsgemeinschaft

► Leben Sie allein, dann gehen Sie bitte zu Abschnitt 3.

Zu meiner Bedarfsgemeinschaft gehört/gehören neben mir _____ weitere Person/en.

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 gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerin/meinem eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner**. Wir leben **nicht** dauernd getrennt.

Ich lebe mit meiner Partnerin/meinem Partner in einer **Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft** („eheähnliche Gemeinschaft“).

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.

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

1.4 Informationen zu Ihrer Person

Sie stellen diesen Antrag in einem Monat. Haben Sie für denselben Monat schon bei einem anderen Jobcenter einen Antrag gestellt? Oder haben Sie von einem anderen Jobcenter in diesem Monat finanzielle Hilfen bekommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ▶ Wenn ja: Legen Sie bitte das Papier vom Jobcenter dazu, wo steht, dass Sie finanzielle Hilfen bekommen.		Hier dürfen Sie nichts schreiben. Hier schreibt das Jobcenter.	
Sie sind Spätaussiedlerin/Spätaussiedler und haben noch keinen deutschen Pass. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ▶ Wenn ja: Legen Sie bitte den "Aufnahmebescheid" vom Amt dazu.			
Sie haben ein Recht auf finanzielle Hilfen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz . <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ▶ Wenn ja, legen Sie Papiere vom Amt dazu, die sagen, dass richtig ist, was Sie schreiben: zum Beispiel "Aufenthaltsgestattung", "Aufenthaltserlaubnis", "Duldung".			
Sie denken, dass Sie so gesund sind, dass Sie mindestens drei Stunden jeden Tag arbeiten können. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ▶ Wenn Sie Nein ankreuzen: Dann kann es sein, dass Sie kein "Hartz IV" (finanziellen Hilfen nach dem Gesetz: SGB II) bekommen. In diesem Fall können Sie Sozialhilfe (finanzielle Hilfen nach dem Gesetz: SGB XII) beantragen.			
Sie sind Schülerin/Schüler . <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Die Schule dauert von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Wenn ja: Legen Sie bitte ein Papier Ihrer Schule dazu, wo steht, dass stimmt, was Sie schreiben.			
Sie sind Studentin/Student . <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Das Studium dauert von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr). <input type="checkbox"/> Wenn ja: Legen Sie bitte ein Papier Ihres Betriebes dazu, wo steht, dass stimmt, was Sie schreiben.			
Sie haben einen Antrag auf finanzielle Hilfen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) gestellt. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ▶ Wenn ja: Legen Sie bitte ein Papier von dem BAföG-Amt dazu, wo steht, dass Sie einen Antrag gestellt haben. Wenn das BAföG-Amt bereits über Ihren Antrag entschieden hat: Dann legen Sie bitte den Brief dazu, wo steht, dass das BAföG-Amt Ihren Antrag angenommen oder abgelehnt hat.			
Sie sind Auszubildende/Auszubildender . <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Die Berufsausbildung dauert von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Wenn ja: Legen Sie bitte ein Papier von Ihrem Betrieb dazu, wo steht, dass stimmt, was Sie schreiben.			
<input type="checkbox"/> Als Sie Ihre Ausbildung gemacht haben, haben Sie in einem Wohnheim , in einem Internat oder bei einem Ausbilder oder an einem anderen Ort gelebt. Sie mussten dort nichts für das Wohnen und das Essen bezahlen . ▶ Wenn ja: Legen Sie bitte das Papier vom Jobcenter dazu, wo steht, dass Sie finanzielle Hilfen bekommen.			
Sie leben jetzt oder bald in einer stationären Einrichtung : zum Beispiel in einem Hospital, in einem Altenheim, in einem Gefängnis. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sie werden dort von - bis leben. <input type="checkbox"/> Wenn ja: Legen Sie bitte ein Papier dazu, wo steht: Wo Sie gelebt haben. Wie lange sie dort gelebt haben.			
2. Personen, mit denen Sie zusammenleben. Diese Personen sind Ihre Partnerin/Ihr Partner und/oder Verwandte von Ihnen ("Bedarfsgemeinschaft"). ▶ Wenn Sie allein leben, dann machen Sie bitte mit Nummer 3 weiter.			
Zu Ihrer "Bedarfsgemeinschaft" gehört/gehören neben Ihnen ... weitere Person/en			
Kreuzen Sie an, was für Ihre "Bedarfsgemeinschaft" (siehe Nummer 2) stimmt. ▶ Sie können auch zwei oder mehr Kreuze machen.			
<input type="checkbox"/> Sie leben zusammen mit Ihrer Ehefrau /Ihrem Ehemann . Sie leben nicht dauernd getrennt.			
<input type="checkbox"/> Sie leben zusammen mit Ihrer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerin (eine Frau wie Sie)/Ihrem eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner (ein Mann wie Sie). Sie leben nicht dauernd getrennt.			
<input type="checkbox"/> Sie leben mit Ihrer Partnerin/Ihrem Partner zusammen und sind nicht verheiratet. Sie leben aber zusammen wie ein Ehepaar ("eheähnliche Gemeinschaft")			
<input type="checkbox"/> Sie leben mit Ihrem Kind oder mit Ihren Kindern zusammen. Das Kind oder die Kinder ist/sind nicht verheiratet sind und jünger als 25 Jahre alt.			
<input type="checkbox"/> Sie sind jünger als 25 Jahre und leben mit Ihren Eltern oder nur mit Ihrer Mutter oder Ihrem Vater zusammen.			

2.1 Persönliche Daten der weiteren Person/en meiner Bedarfsgemeinschaft

► Berücksichtigen Sie hier die Person/en, die außer Ihnen zur Bedarfsgemeinschaft gehört/gehören. Da Sie die Leistungen beantragen, wird davon ausgegangen, dass Sie auch die Vertretung Ihrer Bedarfsgemeinschaft übernommen haben. Dies gilt nicht mehr, wenn über 15-jährige Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Jobcenter erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen, z. B. durch eine eigene Antragstellung (§ 38 SGB II). Zu den nicht vertretenen Personen sind hier keine Angaben erforderlich.

Bitte füllen Sie für jedes Kind unter 15 Jahren die _____ und für alle anderen Personen, die Sie vertreten, jeweils die _____ aus. Dies gilt auch dann, wenn es sich hierbei um ein minderjähriges Kind handelt, das sich (z. B. aufgrund eines geteilten Umgangsrechts) nicht durchgehend in Ihrem Haushalt aufhält.

Ich füge diesem Antrag _____ **Anlage/n KI** und _____ **Anlage/n WEP** bei.

2.2 Meine Haushaltsgemeinschaft

In meinem Haushalt wohnt/wohnen neben mir _____ weitere Person/en, die nicht zur Bedarfsgemeinschaft, jedoch zur Haushaltsgemeinschaft gehört/gehören.

Davon ist/sind _____ Person/en mit mir verwandt oder verschwägert.

► Bitte machen Sie Angaben zu Personen, mit denen Sie verwandt oder verschwägert sind, in der _____

Davon ist/sind _____ Person/en **nicht** mit mir verwandt oder verschwägert.

► Bitte füllen Sie für diese Personen die _____ aus.

3. Prüfung eines Mehrbedarfs

Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

Ich bin **alleinerziehend**.

Ich bin **schwanger**.

► Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.

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

► Bitte füllen Sie die _____ aus.

Ich habe eine **Behinderung** und erhalte

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) **oder**
- 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 Bescheid 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, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarf**, den ich nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (z. B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern).

► Bitte füllen Sie die _____ aus.

4. Einkommen

Ich erziele Einkommen.

Ja Nein

► Falls ja, füllen Sie bitte für sich und ggf. für jede weitere Person Ihrer Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren jeweils die _____ aus. Bei Einkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte **zusätzlich** die _____ aus.

5. Vermögen

Ich besitze Vermögen.

Ja Nein

► Bitte tragen Sie Angaben über die Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft in die _____ ein.

6. Vorrangige Ansprüche

6.1 Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit

► Wenn Sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) bereits beantragt haben, tragen Sie dies bitte in **Abschnitt 6.4** ein. Sollte das Arbeitslosengeld aktuell bereits bewilligt sein, tragen Sie dies in **Abschnitt 2** ein, auch dann, wenn eine Sperzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben in **Abschnitt 6.1** machen.

► Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf Arbeitslosengeld bestehen könnte.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage KI
 Anlage WEP

Anlage HG

Anlage VE

Anlage MEB

Anlage BB

Anlage EK
 Anlage EKS

Anlage VM

2.1 Daten zu Personen, mit denen Sie zusammenleben. Diese Personen sind Ihre Partnerin/Ihr Partner und/oder Verwandte von Ihnen ("Bedarfsgemeinschaft").

▶ Hier müssen Sie die Personen nennen, die zu Ihrer "Bedarfsgemeinschaft" gehören. Sie stellen den Antrag auf finanzielle Hilfe. Das Amt nimmt daher an, dass Sie auch für die anderen aus Ihrer "Bedarfsgemeinschaft" sprechen. Wenn eine Person aus Ihrer "Bedarfsgemeinschaft" älter als 15 Jahre ist, kann diese Person selbst einen Antrag stellen (nach dem Gesetz: § 38 SGB II). In diesem Fall brauchen Sie zu dieser Person hier keine Informationen geben.

Sie haben Kinder, die jünger als 15 Jahre alt sind? Dann füllen Sie bitte das Formular **Anlage KI** aus. Für jedes Kind ein Formular KI. Für alle, für die Sie den Antrag mit stellen, füllen Sie bitte das Formular **Anlage WEP** aus. Für jede Person ein Formular "Anlage WEP". Sie haben ein Kind, das jünger als 18 Jahre alt ist und nicht immer bei Ihnen wohnt? Auch dann füllen Sie bitte das Formular "Anlage WEP" aus.

Sie legen diesem Antrag ... (Zahl) Formulare **Anlage KI** und ... Formulare **Anlage WEP** bei.

2.2 Personen, die mit Ihnen zusammenwohnen

In Ihrer Wohnung leben noch ... (Zahl) weitere Personen, die Sie nicht unter Nummer 2 genannt haben. Diese Personen gehören nicht zu Ihrer "Bedarfsgemeinschaft".

Davon gehört eine Person oder gehören mehrere Personen zu Ihrer Familie (zum Beispiel Ihre Tante oder der Bruder von Ihrer Frau).

▶ Wenn darunter Personen sind, die zu Ihrer weiteren Familie gehören (zum Beispiel Ihre Tante oder der Bruder Ihrer Frau), füllen Sie bitte das Formular **Anlage HG** aus.

Davon gehört eine Person oder gehören mehrere Personen **nicht** zu Ihrer Familie.

▶ Bitte füllen Sie für Personen, die **nicht** zu Ihrer Familie gehören, das Formular **Anlage VE** aus.

3. Wenn Sie aus bestimmten Gründen mehr Geld brauchen: Hier können Sie weitere finanzielle Hilfen beantragen.

Sie müssen diese Informationen nur dann geben, wenn Sie das wollen und wenn Sie weitere finanzielle Hilfe haben möchten.

Sie **erziehen** Ihr Kind/Ihre Kinder **allein**.

Sie sind **schwanger**.

▶ Bitte legen Sie ein Papier vom Arzt dazu, wo steht, wann das Baby wahrscheinlich auf die Welt kommt.

Sie sind krank und müssen deshalb besonderes **Essen kaufen, das mehr kostet**.

▶ Bitte füllen Sie das Formular **Anlage MEB** aus.

Sie haben eine **Behinderung** und bekommen

- finanzielle Hilfen, um arbeiten zu können (nach dem Gesetz: §33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)) **oder**
- andere Hilfen, damit Sie eine Arbeit finden, **oder**
- finanzielle und andere Hilfen (nach dem Gesetz: § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)).

▶ Bitte legen Sie ein Papier vom Amt dazu, wo steht, dass richtig ist, was Sie schreiben.

Sie können **nicht arbeiten**, weil Sie eine schwere Behinderung haben. Sie haben einen Ausweis mit dem **Merkmale G** (nach dem Gesetz: § 68 Abs. 5 SGB IX). Das ist ein Ausweis für Schwerbehinderte.

▶ Bitte legen Sie ein Papier dazu, wo steht, dass richtig ist, was Sie schreiben.

Sie brauchen aus **wichtigen Gründen für längere Zeit mehr Geld**. Sie können dieses Geld nicht verdienen. Sie können es auch nicht bekommen, indem Sie für andere Sachen weniger Geld ausgeben. (Zum Beispiel leben Sie von Ihrer Partnerin/Ihrem Partner getrennt. Daher brauchen Sie mehr Geld, um mit Ihren Kindern zusammenzusein.)

▶ Füllen Sie bitte das Formular **Anlage BB** aus.

4. Einkommen (Was Sie und Ihre "Bedarfsgemeinschaft" (siehe Nummer 2) jeden Monat an Geld haben.)

Sie arbeiten und verdienen Geld. Ja Nein

▶ Wenn ja: Füllen Sie bitte für sich und für jede Person aus Ihrer "Bedarfsgemeinschaft", die 15 Jahre oder älter ist, das Formular **Anlage EK** aus. Wenn Sie Geld mit selbständiger Arbeit verdienen: Füllen Sie bitte **noch dazu** das Formular **Anlage EKS** aus.

5. Vermögen (gespartes Geld oder andere wertvolle Dinge wie ein Auto)

Sie haben gespartes Geld oder andere wertvolle Dinge wie ein Auto. Ja Nein

▶ Füllen Sie bitte das Formular **Anlage VM** aus. Dort schreiben Sie für jede Person aus Ihrer "Bedarfsgemeinschaft", welches Vermögen diese Person hat.

6. Haben Sie das Recht, von einem anderen Amt, einer anderen Person oder Institution finanzielle Hilfen zu bekommen? Dieses Recht kommt vor dem Recht, vom Jobcenter finanzielle Hilfe zu bekommen.

6.1 Recht auf finanzielle Hilfen von der Agentur für Arbeit

▶ Wenn Sie schon einen Antrag auf Arbeitslosengeld gestellt haben (nach dem Gesetz: Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)), dann schreiben Sie das bitte bei **Nummer 6.4**. Wenn Sie Agentur für Arbeit Ihnen geschrieben hat, dass Sie Arbeitslosengeld bekommen: Schreiben Sie das bitte im Formular **Anlage EK, Nummer 2**. Das müssen Sie auch dann machen, wenn Sie eine "Sperrzeit" (Sie bekommen eine Zeit lang kein Geld) haben. In beiden Fällen müssen Sie bei **Nummer 6.1** nichts schreiben.

▶ Die Informationen, die Sie jetzt geben, sind wichtig. So kann das Amt herausfinden, ob Sie ein Recht auf Arbeitslosengeld.

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung

► Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

war ich **sozialversicherungspflichtig** beschäftigt.

von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit
von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit
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 nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)).

habe ich **Entgeltersatzleistungen** erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)).

von - bis	Behörde	Leistung
von - bis	Behörde	Leistung

6.2 Ansprüche gegenüber Arbeitgebern

Ich erhebe Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (z. B. bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder 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.

6.3 Ansprüche gegenüber Dritten

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

► Bitte füllen Sie die aus.

Ich bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner war bereits verheiratet und diese Ehe wurde geschieden bzw. diese eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben.

► Bitte füllen Sie die aus.

Ein nicht verheiratetes/nicht in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft lebendes Mitglied meiner Bedarfsgemeinschaft ist schwanger oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren und kann deshalb nicht arbeiten.

► Bitte füllen Sie die aus.

Ein Kind in meinem Haushalt ist

- unter 18 Jahre alt bzw.
- zwischen 18 und 24 Jahre 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 aus.

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage UH1

Anlage UH1

Anlage UH2

Anlage UH3



ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

<p>In den letzten 5 Jahren vor dem Tag, an dem Sie diesen Antrag stellen ► Sie können auch zwei oder mehr Kreuze machen. Legen Sie bitte auch immer Papiere dazu, wo steht, dass stimmt, was Sie sagen.</p>			Hier dürfen Sie nichts schreiben. Hier schreibt das Jobcenter.
<input type="checkbox"/> haben Sie gearbeitet und in die Sozialversicherung (Krankenkasse, Rente, Arbeitslosen-Versicherung) eingezahlt .			
von - bis	Bei welchem Arbeitgeber (Firma, Institution, Person), haben Sie gearbeitet?	Was haben Sie dort gearbeitet?	
von - bis	Bei welchem Arbeitgeber (Firma, Institution, Person), haben Sie gearbeitet?	Was haben Sie dort gearbeitet?	
von - bis	Bei welchem Arbeitgeber (Firma, Institution, Person), haben Sie gearbeitet?	Was haben Sie dort gearbeitet?	
<input type="checkbox"/> haben Sie selbständig gearbeitet (Sie waren Ihr eigener Chef.)			
von - bis	Was haben Sie dort gearbeitet?		
<input type="checkbox"/> haben Sie Wehrdienst oder Zivildienst geleistet.			
<input type="checkbox"/> haben Sie ein Familienmitglied gepflegt . Diese Person war so krank, dass sie die ganze Zeit Hilfe brauchte (Pflege nach dem Gesetz: 11. Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI))			
<input type="checkbox"/> haben Sie finanziellen Hilfen als monatliches Einkommen bekommen (zum Beispiel Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem Gesetz: 3. Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)).			
von - bis	Von welchem Amt haben Sie die finanzielle Hilfe bekommen?	Welche Art von finanzieller Hilfe haben Sie bekommen?	
von - bis	Von welchem Amt haben Sie die finanzielle Hilfe bekommen?	Welche Art von finanzieller Hilfe haben Sie bekommen?	
<p>6.2 Haben Sie noch ein Recht, von einem Arbeitgeber Geld zu bekommen?</p>			
<input type="checkbox"/> Sie denken, dass Sie noch ein Recht haben, von Ihrem (alten) Arbeitgeber Geld zu bekommen. Zum Beispiel hat die Firma Ihnen keinen Lohn bezahlt, weil sie pleite ist. Oder Sie haben ein Recht auf eine Abfindung, weil Ihr Chef Ihnen gekündigt hat.			
Bei welchem Arbeitgeber (Firma, Institution, Person), haben Sie gearbeitet?		Adresse von Ihrem Arbeitgeber	
Warum meinen Sie, dass Sie ein Recht auf dieses Geld haben?			
Welches Gericht ist zuständig?		Aktenzeichen (Reihe von Zahlen und Buchstaben vom Gericht)	
<input type="checkbox"/> ► Gehen Sie gegen Ihren Arbeitgeber vor Gericht? Wie heißt das Gericht und wo ist es?			
<p>6.3 Haben Sie ein Recht auf finanzielle Hilfen von anderen Personen?</p>			
<input type="checkbox"/> Sie leben nicht mehr mit Ihrer Ehefrau oder Ehemann bzw. Ihrer (eingetragenen gleichgeschlechtlichen) Lebenspartnerin/Ihrem (eingetragenen gleichgeschlechtlichen) Lebenspartner zusammen. Sie sind aber noch verheiratet. Oder Ihr aktueller Partner/Ihre aktuelle Partnerin lebt auch nicht mehr mit dem Ehemann/der Ehefrau/dem Lebenspartner/der Lebenspartnerin zusammen, ist aber auch noch verheiratet.			
<input type="checkbox"/> ► Dann füllen Sie bitte das Formular Anlage UH1 aus.			
<input type="checkbox"/> Sie waren verheiratet oder in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft. Nun sind Sie geschieden oder die Lebenspartnerschaft ist beendet. Oder Ihre aktuelle Partnerin/Ihr aktueller Partner war verheiratet oder in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft. Sie oder er ist geschieden oder die Lebenspartnerschaft ist beendet.			
<input type="checkbox"/> ► Dann füllen Sie bitte das Formular Anlage UH1 aus.			
<input type="checkbox"/> Eine Person aus Ihrer "Bedarfsgemeinschaft" (siehe Nummer 2) ist nicht verheiratet und ist nicht in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft. Diese Person ist schwanger oder kümmert sich um ein Kind. Dieses Kind ist jünger als 3 Jahre. Die Eltern von dem Kind sind nicht miteinander verheiratet. Deshalb kann die Person aus Ihrer "Bedarfsgemeinschaft" nicht arbeiten.			
<input type="checkbox"/> ► Dann füllen Sie bitte das Formular Anlage UH2 aus.			
<input type="checkbox"/> Eine Person, die mit Ihnen zusammenwohnt, ist			
<ul style="list-style-type: none"> • jünger als 18 Jahre alt oder • zwischen 18 und 24 Jahre alt und geht zur Schule oder lernt einen Beruf. Oder die Person will damit bald anfangen. 			
Die Mutter oder der Vater dieser Person gehört nicht zu Ihrer "Bedarfsgemeinschaft" (siehe Nummer 2).			
<input type="checkbox"/> ► Dann füllen Sie bitte das Formular Anlage UH3 aus.			

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>

Ich bin bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner ist

- unter 18 Jahre alt bzw.
- zwischen 18 und 24 Jahre alt und mache/macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen.

Mindestens ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.

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 _____ aus.

Ich habe einen Anspruch gegenüber Dritten (z. B. aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen).

Bezeichnung des Anspruchs _____

▶ Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach.

6.4 Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen

Ich habe schon andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld, Rente, Kindergeld) **beantragt** oder **beabsichtige, einen Antrag zu stellen**.

Leistungsart	Sozialleistungsträger/Familienkasse
Antragsdatum	Leistungen beantragt ab
Name der Person, für die Leistungen beantragt wurden	

▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, sofern schon über Ihren Antrag/Ihre Anträge entschieden wurde.

7. Kranken- und Pflegeversicherung

7.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflicht- oder familienversichert.

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherternummer (falls bekannt)
-----------------------	-----------------------	---

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor. Ersatzweise können Sie auch Ihre gültige Krankenversichertenkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte vorlegen.

Ich bin **familienversichert** und bin künftig pflichtversichert bei

- der bisherigen Krankenkasse.
- einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse
-----------------------	-----------------------

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Krankenkassenwahl vor, wenn Sie die Krankenkasse wechseln.

7.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

<input type="checkbox"/> Ich bin privat oder freiwillig gesetzlich versichert. ▶ Bitte füllen Sie die _____, Abschnitt 2 aus.	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert. ▶ Bitte füllen Sie die _____, Abschnitt 3 aus.
--	---

8. Kosten der Unterkunft und Heizung

Mir entstehen Kosten für Unterkunft und Heizung.
▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage UH4

Anlage UF

Anlage SV

Anlage KDU

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

<input type="checkbox"/> Sie sind oder Ihre Partnerin/Ihr Partner ist <ul style="list-style-type: none"> • jünger als 18 Jahre alt oder • zwischen 18 und 24 Jahre alt und Sie gehen zur Schule oder lernen einen Beruf. Oder Sie wollen bald damit anfangen. Ihre Mutter oder Ihr Vater (oder beide) lebt/leben nicht in Ihrer "Bedarfsgemeinschaft". ► Dann füllen Sie bitte das Formular Anlage UH4 aus.	Hier dürfen Sie nichts schreiben. Hier schreibt das Jobcenter. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sie haben große Probleme mit Ihrer Gesundheit (zum Beispiel durch einen Unfall bei der Arbeit, im Straßenverkehr, beim Spielen oder beim Sport, oder weil ein Arzt Sie falsch behandelt hat, oder weil eine andere Person Sie geschlagen hat.) Deshalb brauchen Sie Hilfe. ► Dann füllen Sie bitte das Formular Anlage UF aus.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sie haben ein Recht, von einer anderen Person Geld zu bekommen (Zum Beispiel weil Sie einen Vertrag mit dieser Person haben oder diese Person Ihnen etwas kaputt gemacht hat.) Wofür bekommen Sie dieses Geld? Wie heißt das Recht auf dieses Geld? _____ _____ ► Bitte legen Sie ein Papier dazu, wo steht, dass Sie das Recht auf dieses Geld haben.	<input type="checkbox"/>
6.4 Haben Sie ein Recht, finanzielle Hilfen von anderen Institutionen zu bekommen? Zum Beispiel vom Wohnungsamt oder von der Familienkasse?	
<input type="checkbox"/> Sie haben schon andere finanzielle Hilfen (zum Beispiel Wohngeld oder Arbeitslosengeld nach dem Gesetz: Drittes Sozialgesetzbuch (SGB III)) beantragt . Oder Sie wollen das bald tun . Welche Art von finanzieller Hilfe haben Sie beantragt oder wollen Sie beantragen?	Bei welchem Amt oder welcher Familienkasse stellen Sie den Antrag? _____
Wann haben Sie den Antrag gestellt?	Von welchem Tag an wollen Sie die finanziellen Hilfen bekommen? _____
Für welche Person haben Sie den Antrag gestellt? Wie heißt sie? _____ Wenn Sie schon wissen, dass Sie finanzielle Hilfe bekommen: Legen Sie bitte das Papier vom Amt vor, wo steht, dass sie finanzielle Hilfen bekommen.	
<input type="checkbox"/>	
7. Krankenversicherung und Pflegeversicherung	
7.1 Nicht freiwillige gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung	
<input type="checkbox"/> Sie sind in der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung nicht freiwillig versichert oder als Familienmitglied mitversichert. Name der Krankenkasse Wo ist diese Krankenkasse? Ihre Nummer bei der Krankenkasse (wenn Sie diese kennen) _____	
► Bitte legen Sie ein Papier von Ihrer Krankenkasse dazu, wo steht, dass Sie bei Mitglied von dieser Krankenkasse sind. Sie können auch Ihre gültige Chipkarte von der Krankenkasse oder die elektronische Gesundheitskarte zeigen.	
<input type="checkbox"/> Gerade sind Sie als Familienmitglied mitversichert . In der Zukunft sind Sie selbst nicht freiwillig versichert bei <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> der aktuellen Krankenkasse. <input type="checkbox"/> einer anderen Krankenkasse. Name der Krankenkasse Wo ist diese Krankenkasse? _____	
► Wenn Sie die Krankenkasse wechseln: Bitte legen Sie ein Papier dazu, wo steht, dass Sie bei Mitglied von dieser Krankenkasse sind. Oder zeigen Sie eine Chipkarte von Ihrer neuen Krankenkasse.	
<input type="checkbox"/>	
7.2 Private, freiwillig gesetzliche oder keine Krankenversicherung und Pflegeversicherung	
Sie sind privat versichert oder Sie sind freiwillig versichert. Sie sind nicht versichert. <input type="checkbox"/> in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.	
► Dann füllen Sie bitte das Formular Anlage SV, Nummer 2 aus.	► Dann füllen Sie bitte das Formular Anlage SV, Nummer 3 aus.
<input type="checkbox"/>	
8. Wie viel zahlen Sie für Ihre Wohnung und für die Heizung?	
<input type="checkbox"/> Sie zahlen die Miete und für die Heizung. ► Dann füllen Sie bitte das Formular KDU aus.	
<input type="checkbox"/>	

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>

9. Bildung und Teilhabe

ORIGINAL

Beachten Sie bitte, dass Personen unter 25 Jahren Leistungen für Bildung und Teilhabe beanspruchen können. Wenden Sie sich dazu bitte an Ihr Jobcenter oder den zuständigen kommunalen Träger, da hierfür ein gesonderter Antrag gestellt werden muss.

10. Antragstellung ab einem späteren Zeitpunkt

Ich beantrage Leistungen nach dem SGB II erst mit Wirkung zum _____.

Beachten Sie bitte, dass Ihr Antrag in der Regel auf den Ersten des Monats zurückwirkt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II) und Sie deshalb Angaben – insbesondere zum Zufluss von Einkommen – für den kompletten Monat Ihrer Antragstellung machen müssen. Sie haben jedoch auch die Möglichkeit, die Leistungen erst ab einem bestimmten Zeitpunkt zu begehren. Eine abweichende Bestimmung mit Wirkung für die Zukunft ist nur ab dem Ersten eines nachfolgenden Monats möglich.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt SGB II"). 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.

Personen, die SGB II-Leistungen beantragen oder erhalten, sind mitwirkungspflichtig: Das bedeutet, alle Angaben im Antrag und in den hierzu eingereichten Anlagen müssen richtig und vollständig sein und Änderungen, die nach der Antragstellung eintreten und sich auf die Leistungen auswirken können (z. B. Arbeitsaufnahme, Umzug), sind dem zuständigen Jobcenter unverzüglich mitzuteilen. Die Mitwirkungspflichten sind von allen Mitgliedern einer Bedarfsgemeinschaft zu beachten.

Bei Verstoß gegen diese Mitwirkungspflichten werden in aller Regel von allen leistungsberechtigten Personen einer Bedarfsgemeinschaft zu viel gezahlte Leistungen zurückgefordert. Sofern zu Ihrer Bedarfsgemeinschaft noch weitere Personen gehören, sollten Sie als Vertreterin/Vertreter beim Ausfüllen des Antrags alle Mitglieder einbeziehen und die wesentlichen sowie die sie betreffenden Angaben mit ihnen abstimmen. Stellen Sie zudem bitte sicher, dass alle Mitglieder alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten.

Ein Verstoß kann zusätzlich zu einem Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahren gegen die Person führen, die die o. g. Pflichten missachtet hat. Das Jobcenter holt im Wege eines automatisierten Datenabgleichs bei verschiedenen Stellen Auskünfte über Einkommen und Vermögen ein (z. B. Arbeitsentgelte, Kapitalerträge, Renten). Verschiedene Einkommen und Vermögen werden daher regelmäßig nachträglich bekannt.

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.

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

▶ Legen Sie bitte einen Nachweis über die Betreuung vor.

Aktenzeichen

Die Betreuung gilt für folgende Lebensbereiche:

Ort/Datum

Unterschrift Betreuerin/Betreuer

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Ort/Datum

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller

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

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Ort/Datum

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Merkblatt ausgehändigt

Kassenvermerke

Festgestellt
Handzeichen, Datum

Angeordnet
Handzeichen, Datum

9. Bildung und mitmachen können

Menschen, die jünger als 25 Jahre alt sind, können finanzielle Hilfen bekommen. Diese Menschen können dann zum Beispiel an einem Ausflug mit der Schulklasse teilnehmen oder in einen Fußballverein gehen. Bitte fragen Sie das Jobcenter oder bei der Stadt. Sie müssen einen anderen Antrag stellen, um diese finanzielle Hilfe zu bekommen.

10. Sie möchten diesen Antrag nicht sofort, sondern später stellen.

Sie möchten die finanziellen Hilfen (nach dem Gesetz: SGB II) erst ab dem ... bekommen.

Ihr Antrag gilt normalerweise ab dem 1. Tag von dem Monat, in dem Sie den Antrag stellen (nach dem Gesetz: § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II). Deshalb müssen Sie alle Informationen für den ganzen Monat geben, in dem Sie den Antrag stellen. Besonders wichtig sind Informationen darüber, wie viel Geld Sie in dem ganzen Monat bekommen. Sie können aber auch sagen, dass Sie die finanziellen Hilfen erst ab einem bestimmten Tag in der Zukunft bekommen wollen. Das geht dann immer erst ab dem 1. Tag des neuen Monats.

Alle Informationen, die Sie hier geben, sind nur für das Amt. Sie sind nicht öffentlich. Ihre Daten sind ein "Sozialgeheimnis" (Informationen dazu finden sie im "Merkblatt SGB II"). Das Amt fordert alle Informationen in diesem Antrag von Ihnen nach den Gesetzen: §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und §§ 76a,b,c, Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

Sie dürfen keine falschen oder nicht kompletten Angaben machen. Sie müssen dem Jobcenter sofort sagen, wenn sich bei Ihnen oder einer Person aus Ihrer "Bedarfsgemeinschaft" etwas ändert (wenn Sie zum Beispiel eine neue Arbeit oder eine neue Wohnung haben).

Wenn Sie falsche oder nicht komplette Angaben machen: Dann müssen Sie oder die Personen aus Ihrer "Bedarfsgemeinschaft" Geld zurückzahlen. Füllen Sie das Formular zusammen mit den anderen Personen aus ihrer "Bedarfsgemeinschaft" aus. Diese Personen müssen wissen, was Sie in diesem Formular schreiben. Geben Sie den anderen Personen aus ihrer "Bedarfsgemeinschaft" auch immer alle neuen Informationen (zum Beispiel, wenn ein Brief vom Jobcenter kommt).

Wenn Sie falsche oder nicht komplette Angaben machen: Dann kann es sein, dass das Jobcenter gegen Sie oder eine Person aus Ihrer Bedarfsgemeinschaft einen Gerichtsprozess startet. Das Jobcenter holt sich Informationen über Ihr Einkommen und was Sie besitzen von anderen Ämtern oder von Banken. Das Jobcenter vergleicht diese Informationen mit den Informationen, die Sie dem Jobcenter gegeben haben. Das Jobcenter merkt so, wenn Sie falsche Informationen gegeben haben.

Sie haben das "Merkblatt SGB II - Grundsicherung für Arbeitssuchende" bekommen und wissen, was dort steht. Sie haben auch die "Ausfüllhinweise" bekommen und wissen, was dort steht. Wenn sich in der Zukunft bei Ihnen etwas ändert: Dann sagen Sie das dem Jobcenter Sie sofort. (Das ist besonders wichtig, wenn: Sie oder Personen aus Ihrer "Bedarfsgemeinschaft" (siehe Nummer 2) bekommen mehr oder weniger Geld im Monat als vorher. Sie oder Personen aus Ihrer "Bedarfsgemeinschaft" arbeiten mehr oder weniger im Monat als vorher.)

Das **Betreuungsgericht** hat eine Person als Betreuerin oder Betreuer für Sie bestimmt.

▶ Legen Sie bitte das Papier vom Betreuungsgericht dazu, wo das steht.

Aktenzeichen (Reihe von Zahlen und Buchstaben vom Gericht)

Für diese Teile Ihres Lebens gibt es eine Betreuerin/einen Betreuer:

Ort/Datum	Hier unterschreibt die Betreuerin/der Betreuer
-----------	--

Sie sagen, dass alle Informationen und Daten richtig sind.

Ort/Datum	Hier unterschreiben Sie
-----------	-------------------------

Ort/Datum	Wenn Sie noch nicht 18 Jahre alt sind, unterschreibt Ihre gesetzliche Vertreterin/Ihr gesetzlicher Vertreter. Das ist normalerweise Ihre Mutter oder Ihr Vater. Es kann aber auch eine Person sein, die ein Gericht bestimmt hat.
-----------	---

Sie sagen, dass alle Informationen richtig sind, die Sie oder eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter vom Jobcenter geändert haben. Das gilt auch, wenn Sie oder eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter vom Jobcenter etwas angefügt haben. Bei welchen Nummern haben Sie etwas geändert oder angefügt?

Ort/Datum	Hier unterschreiben Sie
-----------	-------------------------

Ort/Datum	Wenn Sie noch nicht 18 Jahre alt sind, unterschreibt Ihre gesetzliche Vertreterin/Ihr gesetzlicher Vertreter. Das ist normalerweise Ihre Mutter oder Ihr Vater. Es kann aber auch eine Person sein, die ein Gericht bestimmt hat.
-----------	---

Hier dürfen Sie nichts schreiben. Hier schreibt das Jobcenter.

Hier können Sie das Formular drucken

Hier können Sie das Formular leeren und neu ausfüllen