

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 / Englisch
German / English

Veröffentlicht / *published*: Languages:
17.4.2017

***Achtung: Dieses Dokument ist eine Ausfüllhilfe. Bitte das Originalformular in deutscher Sprache ausfüllen und bei der Behörde abgeben!**

Beim selbständigen Ausfüllen kann es zu Fehlern kommen. Das kann unbeabsichtigte Konsequenzen nach sich ziehen. Wir empfehlen daher, eine Beratungsstelle aufzusuchen.

Alle Übersetzungen sind nach bestem Wissen und Gewissen auf ehrenamtlicher Basis erstellt. Der KuB e. V. übernimmt keine Haftung.

**** Please note: This document is a completion aid. Please fill out the original form in German and submit it to the agency.***

If you fill it out yourself, you may make mistakes that have unintended consequences. We therefore recommend that you seek the assistance of an information center.

All translations are done by volunteers to the best of their knowledge. KuB e. V. does not incur liability in any case.

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.

Kontoinhaber/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. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.
Ich bin Spätaussiedlerin/Spätaussiedler und besitze noch nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. <input type="radio"/> ► Falls ja, legen Sie bitte den Aufnahmebescheid vor.
Ich bin Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz . <input type="radio"/> ► 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. <input type="radio"/> ► 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 . <input type="radio"/> Dauer der Schulausbildung von - bis _____ ► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Schulbescheinigung) vor.
Ich bin Studentin/Student . <input type="radio"/> Dauer des Studiums von - bis _____ ► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung vor.
Ich habe Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) beantragt. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 . <input type="radio"/> Dauer der Ausbildung von - bis _____ ► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung vor.
<input type="checkbox"/> 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. <input type="radio"/>
Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). <input type="radio"/> Dauer der Unterbringung von - bis _____ ► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und dessen Dauer vor.

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.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Aufnahmebescheid

Studienbescheinigung

Ausbildungsvertrag

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

1.4 My personal details

To be completed by
Jobcenter only

I have already claimed benefits at or received benefits from a different Jobcenter. Yes No

▶ If you checked "yes", please attach relevant evidence.

I am a **late repatriate** and do not hold **German** citizenship yet. Yes No

▶ If you checked "yes", please attach a notification verifying your admission.

I am a **beneficiary** according to the **Asylum Seekers' Benefits Act (Asylbewerberleistungsgesetz)**. Yes No

▶ If you checked "yes", please attach evidence (e.g. temporary resident permit, residence permit, suspension of deportation).

I am - as far as I can estimate - **physically** capable of working at least **three hours a day**. Yes No

▶ If you checked "No", you may not be entitled to receive SGB II benefits. In that case you can apply for benefits according to the Twelfth Book of the Sozialgesetzbuch (SGB XII).

I am a **student**. Yes No

Duration of school education from – until

▶ If so, please provide appropriate proof, e.g. document certifying enrolment (Schulbescheinigung).

I am a **college student**. Yes No

Duration of studies from – until

▶ If you checked "yes", please attach a valid certification.

I have applied for benefits according to the Federal Education and Trainings Assistance Act (**Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)**). Yes No

▶ If so, please provide proof of application or - if a decision on the application has been made - the corresponding notification of approval or rejection of your (BAföG)-application.

I am an **apprentice**. Yes No

Duration of apprenticeship from – until

▶ If you checked "yes", please attach a valid certification.

During my apprenticeship I am living in a **dormitory, boarding school** or with my **instructor with full board accomodation** or ****somewhere else with reimbursement of costs**** for food and housing.

▶ If you checked "yes", please attach relevant evidence.

I am currently or will soon be placed in a **stationary facility** (e.g. hospital, retirement home, correctional facility). Yes No

Duration of placement from – until

▶ If so, please provide valid proof of your stay and the duration of your stay.

2. Persons in my Bedarfsgemeinschaft (community of dependence)

▶ If you live alone, please continue with section 3.

Next to me, ... people live in my Bedarfsgemeinschaft (community of dependence).

The following statements apply to my Bedarfsgemeinschaft (community of dependence):

▶ Multiple answers are possible.

I live with my **spouse**. We are **not** permanently separated.

I live with my **registered same-sex life partner**. We do **not** live permanently separated from each other.

I live with my partner in a **Verantwortungs- und Einstehungsgemeinschaft** („consensual union“).

I live with at least one unmarried child younger than 25.

I am younger than 25 and live with my parents or one parent.

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

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

2.1 Personal information of other people in my Bedarfsgemeinschaft (community of dependence)

► The following items apply to the persons belonging to the Bedarfsgemeinschaft besides you. Since you are applying for the benefits, we assume that you are also representing your Bedarfsgemeinschaft. This representation is no longer in effect when members of your Bedarfsgemeinschaft who are older than 15 inform the Jobcenter that they themselves want to assume responsibility for their own interests, e.g. by submitting their own application (§ 38 SGB II). It is not necessary that you provide information about persons who are not respresentend.

For every child under the age of 15, please fill in annex KI (**Anlage KI**). For other persons you may represent, please fill in annex WEP (**Anlage WEP**). This also applies to any underage children not permanently living with you (e.g. due to shared custody of children).

I attach ... **attachment/s KI** and ... **attachment/s WEP** to this form.

2.2 My Haushaltsgemeinschaft (common household)

There is/are ... person/s living in my household who does not/do not belong to the Bedarfsgemeinschaft (community of dependence) but to the Haushaltsgemeinschaft (common household).

I am related directly or by marriage to ... (number of persons) of the above mentioned.
► Please use **attachment HG** to provide information on the persons you are related to directly or by marriage.

I am **not** related directly or by marriage to ... (number of persons) of the above mentioned.
► Please fill in annex VE (**Anlage VE**) for these persons.

3. Audit of increased need

This information is voluntary and only required if you wish to apply for increased need.

I am a **single parent**.

I am **pregnant**.

► Please provide documentation of the expected delivery date.

I require an **expensive diet** for medical reasons.

► Please complete **attachment MEB**.

I have a **disability and** receive

- benefits which allow me to participate in working life according to § 33 of the ninth book of the Sozialgesetzbuch (SGB IX) **or**
- other assistance allowing me to find suitable employment **or**
- social integration assistance according to § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 of the twelfth book of the Sozialgesetzbuch (SGB XII).

► Please provide relevant documentation.

I am **not able to work** and have obtained identification according to § 69 Abs. 5 SGB IX with the **code G**.

► Please provide relevant documentation.

I have a special need that is **irrefutable, recurrent, and not merely a single instance**, which I am unable to compensate for with my own savings or from other sources (e.g. expenses that arise from exercising visitation rights in the case of seperately living parents).

► Please complete **attachment BB**.

4. Income

I earn an income.

Yes No

► If so, please fill in annex EK **Anlage EK** for you and, if applicable, every person in your Bedarfsgemeinschaft (community of dependence) who is 15 years old or older. If you are a freelancer please also fill in annex EKS **Anlage EKS**.

5. Assets

I have assets.

Yes No

► Please enter information about the assets of every persons of your Bedarfsgemeinschaft in **attachment VM**.

6. Prior claims

6.1 Claims against the employment office (Agentur für Arbeit)

► If you have already applied for unemployment benefits according to the third book of the Sozialgesetzbuch (SGB III), please indicate this in **Section 6.4**. If unemployment benefits have already been granted, indicate this in **attachment EK Section 2**, even if you have entered a disqualification period. In each case, you do not need to enter any information in **Section 6.1**.

► The following information facilitate the assessment of whether or not you may have the right to claim unemployment benefits.

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

Within the last five years prior to application

► Multiple answers are possible. Please provide relevant documentation.

To be completed by
Jobcenter only

<input type="checkbox"/> I was subject to social insurance contributions in my employment.		
from – until	Employer	Type of work
from – until	Employer	Type of work
from – until	Employer	Type of work
<input type="checkbox"/> I was self-employed .		
from – until	Type of work	
<input type="checkbox"/> I worked in military or alternative service .		
<input type="checkbox"/> I provided care for relatives (Care according to the eleventh book of the Sozialgesetzbuch (SGB XI)).		
<input type="checkbox"/> I received unemployment compensation (e.g. sick pay, unemployment benefits according to the third book of the Sozialgesetzbuch (SGB III))		
from – until	Government agency	Benefits
from – until	Government agency	Benefits

6.2 Claims against employer

I raise a claim against a (former) employer for pending wage or salary payments (e.g. if the employer was unable to pay/bankrupt) or for periods after resigning (e.g. pending settlements).

Employer	Address
Reason	
Court	File number
► Please provide the name and the location of the court where the claim is pending.	

6.3 Claims against third parties

I or my current partner live separated from the spouse or the registered same-sex partner.

► Please complete **attachment UH1**.

I or my current partner was married once and this marriage was divorced or this registered same-sex partnership was nullified.

► Please complete **attachment UH1**.

A member of my household who is unmarried/not in a registered same-sex partnership is pregnant or provides care for a illegitimate child under the age of 3 and cannot work for this reason.

► Please complete **attachment UH2**.

One person in my household is

- younger than 18 or
- between the age of 18 and 24 and is receiving educational or vocational training or will receive it soon.

One parent of this person does not live in the household.

► Please complete **attachment UH3**.

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

<input type="checkbox"/> I am or my current partner is <ul style="list-style-type: none"> • younger than 18 or • between the age of 18 and 24 and am receiving educational or vocational training or will receive it soon. At least one parents does not live in the household. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Please complete attachment UH4. 	To be completed by Jobcenter only						
<input type="checkbox"/> I have suffered health problems (e.g. due to an accident at work, car accident, sport accident, medical negligence or a physical attack). This is why I need assistance. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Please complete attachment UF. 	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> I am entitled to a claim against third parties (e.g. due to contractual payment entitlements or claims for compensation). <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 2px;">Name of the claim</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Please provide relevant documents for the claim. 	Name of the claim		<input type="checkbox"/>				
Name of the claim							
6.4 Claims against social service authorities/family benefits department							
<input type="checkbox"/> I have already applied for other benefits (e.g. Wohngeld (housing allowance), Arbeitslosengeld (unemployment benefits) according to to third book of Sozialgesetzbuch (SGB III)) or intend to submit an application . <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 40%; padding: 2px;">Type of benefit</td> <td style="width: 60%; padding: 2px;">Social service authorities/family benefits department</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Application date</td> <td style="padding: 2px;">Applied for benefits on</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name of the person for whom the benefits were applied for</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Please provide evidence if a decision has already been made concerning your application(s). 	Type of benefit	Social service authorities/family benefits department	Application date	Applied for benefits on	Name of the person for whom the benefits were applied for		<input type="checkbox"/>
Type of benefit	Social service authorities/family benefits department						
Application date	Applied for benefits on						
Name of the person for whom the benefits were applied for							
7. Health care and long-term insurance							
7.1 Mandatory insurance within statutory health and long-term care insurance							
<input type="checkbox"/> I have mandatory or family insurance within statutory health and long-term care insurance <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 2px;">Name of the insurance company</td> <td style="width: 30%; padding: 2px;">Location of the insurance company.</td> <td style="width: 40%; padding: 2px;">Insurance number (if known)</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Please attach a confirmation of your membership or a similar documentation of your health insurance. Alternatively, you can present your valid insurance card or electronic health card. 	Name of the insurance company	Location of the insurance company.	Insurance number (if known)	<input type="checkbox"/>			
Name of the insurance company	Location of the insurance company.	Insurance number (if known)					
<input type="checkbox"/> I have family insurance and will have statutory insurance at <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> the previous insurance company. <input type="checkbox"/> another insurance company. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 40%; padding: 2px;">Name of the insurance company</td> <td style="width: 60%; padding: 2px;">Location of the insurance company.</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Please attach a confirmation of your membership or a similar documentation of your health insurance, if you have switched to another insurance company. 	Name of the insurance company	Location of the insurance company.	<input type="checkbox"/>				
Name of the insurance company	Location of the insurance company.						
7.2 Private, voluntary statutory or missing health and long-term care insurance							
<input type="checkbox"/> I have private or voluntary insurance . <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 40%; padding: 2px;">▶ Please complete attachment SV, sectionn 2</td> <td style="width: 60%; padding: 2px;">▶ Please complete attachment SV, section 3.</td> </tr> </table>	▶ Please complete attachment SV, sectionn 2	▶ Please complete attachment SV, section 3 .	<input type="checkbox"/>				
▶ Please complete attachment SV, sectionn 2	▶ Please complete attachment SV, section 3 .						
8. Expenses for accomodation and heating							
<input type="checkbox"/> I do have expenses due to accomodation and heating. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Please complete attachment KDU. 	<input type="checkbox"/>						

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

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

9. Education and participation

Please note that persons under the age of 25 are entitled to claim benefits for education and participation. To do so, please contact your jobcenter or your responsible municipal authority as a separate application is required.

10. Application at a later time

I claim benefits according to SGB II as of ...

Note, your application normally base on the first of the month (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II). So you have to declare what kind of incoming you may get inside this month where you want to have the benefits according. You have the possibility to declare the time inside a month when you want to have the benefits. Special Regulations in the future are only possible for the first of month after.

The information are object to the secrecy of social data (see information sheet SGB II). Your information will be used to claim benefits according to SGB II on the basis of §§60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X)

People that have requested benefits according to SGB II are required to co-operate. That means the data you provided must be true and complete. Furthermore, you are obliged to notify your jobcenter immediately if your life circumstances change, e.g. you move or get a new job, and these changes could affect the benefits you claim. The obligation to co-operate applies to all persons belonging to your Bedarfsgemeinschaft (community of dependence).

Incorrectly paid benefits due to violations of the obligation to co-operate will in general be reclaimed from all persons entitled to benefits of your community of dependence. If your community of dependence consists of several persons, you, as representative, should involve all persons in filling in the form and coordinate with them all relevant data and the data which apply to them. Please make sure that all members receive all relevant information (e.g. decisions).

Violations can further lead to administrative offences or criminal prosecutions against the person violating the above mentioned obligation. The Jobcenter conducts automated data reconciliation processes with different third parties about income and assets (e.g. income, capital earnings, pensions). Therefore, concealed income and assets are usually discovered later on.

I have received the information sheet SGB II - basic income for job seekers (unemployment benefits II/income support)" and the completion aid and know their content. I will immediately and without notification forward future changes (in particular regarding family, income or capital as well as my capacity to work)."

The **Betreuungsgericht** has ordered an assistant.

► Please provide documentation of assistant.

File number

The assistance refers to the following areas of life:

Location/date

Signature of assistant

I hereby confirm that the information provided is correct.

Location/date

Signature of the applicant

Location/date

Signature of the legal representative of the minor applicant

I hereby confirm that the changes and amendments that were made by myself or an employee of the Jobcenter are correct, referring to sections:

Location/date

Signature of the applicant

Location/date

Signature of the legal representative of the minor applicant

To be completed by
Jobcenter only

Print form

Reset form