

Alg II Hauptantrag

Langue	Français / Französisch
Dernière mise à jour	2018-04-01
Document original	https://con.arbeitsagentur.de/prod/apok/ct/dam/download/documents/Antrag-ALGII_ba015207.pdf

Achtung: Dieses Dokument ist eine Ausfüllhilfe. Bitte das Originalformular in deutscher Sprache ausfüllen!

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.

Attention: Ceci est un document destiné à vous aider pour remplir le formulaire en langue allemande. Prière de remplir le formulaire original en langue allemande!

Pour éviter les erreurs, il est préférable de ne pas remplir le formulaire seul. Nous vous conseillons donc de vous faire assister par un centre d'aide.

Tous les textes ont été consciencieusement traduits par des bénévoles. L'association KuB décline toute responsabilité.

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

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf betterplace.org/projects/16145.

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



2

HA

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Tag der Antragstellung

Kundennummer

Nummer der Bedarfsgemeinschaft

Dienststelle | Team

Antragstellerin/Antragsteller hat sich
ausgewiesen durch

- Personalausweis
- Reisepass
- Sonstiges Ausweispapier (z. B. elektronischer Aufenthaltstitel):

Gültig bis

AZR-Nummer

Personenkennnummer (bei rumäni-
schen und bulgarischen Staatsange-
hörigen)

Handzeichen, Datum

Antrag vollständig am

Statistische Erfassung am

Arbeitsaufnahme am

Anlage EK/Einkommens-
bescheinigung ausgehändigt

Erste Lohn-/Gehaltszahlung am

Sonstiges (z. B. Schulausbildung/
Berufsausbildung/Studium) ab

Handzeichen, Datum

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 seit	<input type="checkbox"/> aufgehoben seit	

1.3 Meine Bankverbindung

▶ Leistungen nach dem SGB II werden in der Regel auf ein Konto überwiesen.

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

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**.

▶ Legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)) vor.

Ich bin – meiner Einschätzung nach – **gesundheitslich** in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens **drei Stunden täglich** auszuüben.

▶ Wenn Sie Nein angekreuzt haben, besteht für Sie möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen nach dem 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

▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Schulbescheinigung) vor.

Ich bin **Studentin/Student**.

Dauer des Studiums von - bis

▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Immatrikulationsbescheinigung 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

▶ Falls ja, legen Sie bitte den Ausbildungsvertrag 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).

Dauer der Unterbringung von - bis

Art der stationären Einrichtung

▶ Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und die Dauer vor.

2. Personen in meiner Bedarfsgemeinschaft

▶ Leben Sie allein, sind unter Abschnitt 2 keine weiteren Angaben erforderlich. Bitte weiter bei 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

Ausbildungsvertrag

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

1.4 Mes données personnelles

Ce mois-ci j'ai déjà déposé une demande d'aide auprès d'un autre Jobcenter ou déjà bénéficié de prestations. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
▶ Si oui, fournir les justificatifs correspondants.		<input type="checkbox"/>
J'ai été rapatrié(e) tardivement et je ne dispose pas encore de la nationalité allemande. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
▶ Si oui, fournir votre certificat d'acceptation.		<input type="checkbox"/>
Je suis ayant droit selon la loi concernant les demandeurs d'asile. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
▶ Merci de fournir les justificatifs correspondants (par exemple autorisation de séjour, autorisation provisoire de séjour, avis du Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)).		<input type="checkbox"/>
Je suis - d'après moi - suffisamment en bonne santé pour exercer une activité d'au moins trois heures par jour. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
▶ Si vous avez coché non, il est possible que vous ne receviez aucune aide du SGB II. Dans ce cas-là, vous pouvez faire une demande selon le douzième livre du Code social allemand (SGB XII).		
Je suis élève . <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Durée de la formation scolaire de - à	▶ Si oui, veuillez présenter les justificatifs correspondants (par ex. certificat de scolarité).	<input type="checkbox"/>
Je suis étudiant(e) . <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Durée des études supérieures de - à	▶ Si oui, veuillez présenter les justificatifs correspondants (par exemple une attestation d'immatriculation).	<input type="checkbox"/>
J'ai fait une demande de prestations au titre de la loi allemande relative aux aides à la formation (BAföG) . <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
▶ Si oui, présentez un justificatif de votre demande ou -si votre demande (de BAföG) a déjà été traitée- l'avis d'attribution ou de refus.		<input type="checkbox"/>
Je suis apprenti(e) . <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Durée de la formation professionnelle de - à	▶ Si oui, veuillez présenter le contrat d'apprentissage.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pendant la formation, je suis nourri(e) et logé(e) dans un foyer, internat ou chez le formateur en pension complète ou ailleurs avec remboursement des frais .		
▶ Si oui, fournir les justificatifs correspondants.		<input type="checkbox"/>
Je me trouve actuellement ou serai prochainement dans un établissement résidentiel (par ex. hôpital, maison de retraite, établissement pénitentiaire). <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Durée de l'hébergement de - à	Type d'établissement	
▶ Si oui, veuillez présenter une attestation de séjour valable, avec l'indication de sa durée.		<input type="checkbox"/>

2. Personnes dans ma communauté de besoins

▶ Si vous vivez seul(e), vous pouvez passer directement à la partie 3.

... personnes (à part moi) faisant partie de ma communauté de besoins

Les affirmations suivantes correspondent à ma communauté de besoins

▶ Plusieurs choix sont possibles

- J'habite avec ma **femme/mon mari**. Nous **ne** vivons **pas** constamment séparés
- J'habite avec **mon/ma partenaire pacsé(e) du même sexe** que moi. Nous **ne** vivons **pas** constamment séparés.
- Je vis avec mon partenaire dans le cadre **d'un Pacte Civil de Solidarité** („eheähnliche Gemeinschaft“, union consensuelle).
- Je vis avec au moins un **enfant âgé de moins de 25 ans qui n'est pas marié**.
- J'ai moins de 25 ans** et je vis avec mes parents ou ma mère/mon père.

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 _____, für die Person, mit der Sie in einer Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft leben, 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**, ___ **Anlage VE** 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.

► Bitte machen Sie Angaben zu Personen, die mit Ihnen in einer Haushaltsgemeinschaft wohnen, in der _____

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 habe einen Mehrbedarf für die dezentrale Warmwassererzeugung.

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 § 49 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) **oder**
- sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes **oder**
- Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII.

► Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.

Ich bin **nicht erwerbsfähig** und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Abs. 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G oder aG**.

► 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 und/oder übe eine selbständige Tätigkeit Ja Nein (auch in der Land- und Forstwirtschaft) aus.

► Falls ja, füllen Sie bitte für sich und ggf. für jede weitere Person Ihrer Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren jeweils die _____ aus. Bei Ausübung einer selbständigen 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. Dies gilt auch, wenn eine Sperrzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben in **Abschnitt 6.1** machen.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage KI
 Anlage VE
 Anlage WEP

Anlage HG

 Anlage KDU

Anlage MEB

Anlage BB

Anlage EK
 Anlage EKS

Anlage VM

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

2.1 Données personnelles des autres personnes de ma communauté de besoins

► Tenez compte ici des autres personnes qui font également partie de votre communauté de besoins. La personne qui fait une demande de prestations - donc vous - est automatiquement considérée comme représentante de sa communauté de besoins. Ceci ne vaut plus si les membres de votre communauté de besoins âgés de plus de 15 ans déclarent au Jobcenter (Agence pour l'emploi allemand) qu'ils veulent eux-mêmes défendre leurs intérêts, par ex. en présentant une demande en leur nom (§ 38 SGB II). Vous ne devez fournir de renseignements que sur les personnes que vous représentez.

Veillez compléter le **formulaire KI** pour chaque enfant de moins de 15 ans, le **formulaire VE** pour la personne avec laquelle vous avez un Pacte Civil de Solidarité, et le **formulaire WEP** pour toutes les autres personnes que vous représentez. Ceci est aussi valable s'il s'agit d'un enfant mineur qui ne réside pas habituellement dans votre foyer (par exemple en raison d'une garde partagée).

Je joins ... **formulaire(s) KI**, ... **formulaire(s) VE** et ... **formulaire(s) WEP** à la présente demande.

2.2 Personnes vivant dans mon foyer

A part moi, ... autres personnes vivent dans mon foyer mais ne font pas partie de la communauté de besoins.

► Veuillez fournir des renseignements sur les personnes parentes ou parentes par alliance dans le **formulaire HG**.

3. Examen de besoins supplémentaires

Les renseignements suivants ne sont nécessaires que si vous voulez faire une demande pour bénéficier de moyens supplémentaires.

Je suis **parent isolé**.

Je suis **enceinte**.

► Veuillez joindre un justificatif indiquant la date présumée de l'accouchement.

J'ai des frais supplémentaires pour la production décentralisée d'eau chaude.

Pour des raisons de santé, j'ai besoin d'une **alimentation spécifique qui coûte cher**.

► Veuillez remplir le **formulaire MEB**.

J'ai un **handicap** et je reçois

- des prestations pour la participation au monde du travail selon le § 349 du Neuvième livre du Code social allemand (SGB IX) **ou**
- d'autres aides pour obtenir un emploi adéquat **ou**
- des aides à l'insertion selon le § 54, al. 1, phrase 1 n° 1-3 du Douzième livre du Code social allemand (SGB XII).

► Veuillez joindre un justificatif correspondant.

Je suis **inapte au travail** et j'ai une carte selon le § 152 Abs. 5 SGB IX avec la **référence G ou aG**.

► Veuillez joindre le justificatif correspondant.

J'ai régulièrement des **besoins spécifiques indispensables et courants** que je ne peux pas couvrir avec mon épargne ou par un autre moyen (ex: coûts pour l'exercice du droit de visite et d'hébergement chez les parents vivant séparés).

► Veuillez remplir le **formulaire BB**.

4. Revenus

Je perçois des revenus et/ou j'exerce une activité indépendante (y compris dans l'agriculture et la sylviculture). Oui Non

► Si oui, veuillez remplir le **formulaire EK** pour vous-même et le cas échéant pour chaque autre personne de votre communauté de besoins âgée de plus de 15 ans. Pour les revenus provenant d'une activité indépendante, veuillez remplir **en plus** le **formulaire EKS**.

5. Patrimoine

Je possède du patrimoine. Oui Non

► Veuillez fournir des renseignements sur la situation patrimoniale de chaque personne de votre communauté de besoins dans le **formulaire VM**.

6. Droits prioritaires

6.1 Droit vis-à-vis de l'Agentur für Arbeit (Agence pour l'emploi)

► Si vous avez déjà demandé l'allocation chômage selon le Troisième livre du Code social allemand (SGB III), veuillez l'indiquer dans la **partie 6.4**. Si votre allocation chômage a déjà été accordée, veuillez l'indiquer dans le formulaire EK partie 2, même si vous vous trouvez en situation de suspension temporaire des allocations. Dans les deux cas, vous ne devez pas remplir la **partie 6.1**.

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung

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

▶ 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).

habe ich **Entgeltersatzleistungen** erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem 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.

Ich bzw. ein nicht verheiratetes/nicht in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft lebendes Mitglied meiner Bedarfsgemeinschaft bin/ist schwanger oder betreue/betruet 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 oder
- zwischen 18 und 24 Jahre alt und macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen.

Ein Elternteil dieses Kindes lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

▶ Bitte füllen Sie die aus.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage UH1

Anlage UH1

Anlage UH2

Anlage UH3

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

Au cours des 5 années avant la demande d'allocation chômage

- Les renseignements suivants servent à examiner le droit à l'allocation chômage.
 ► Ici, plusieurs réponses sont possibles. Veuillez joindre des justificatifs correspondants.

j'ai été **salarié soumis à l'assurance sociale**.

de - à	Employeur	Type d'activité
de - à	Employeur	Type d'activité
de - à	Employeur	Type d'activité

j'ai exercé une **activité indépendante**.

de - à	Type d'activité

j'ai effectué le **service militaire ou un service alternatif**.

j'ai **soigné des membres de la famille** (soins selon le Onzième livre du Code social allemand (SGB XI)).

j'ai reçu des **prestations compensatrices de perte de salaire** (par ex. allocation maladie et allocation chômage selon le Troisième livre du Code social allemand (SGB III)).

de - à	Autorité compétente	Prestation
de - à	Autorité compétente	Prestation

6.2 Droits vis-à-vis de l'employeur

Je prétends à des salaires dus par mon (ancien) employeur (par ex. à cause d'insolvabilité de l'employeur) ou à des prestations relatives à une période située après la fin du contrat de travail (concernant par ex. une indemnité de licenciement ou de départ).

Employeur	Adresse
Raison	
Tribunal	Numéro de dossier

► Veuillez indiquer le nom et le lieu du tribunal chargé de la plainte.

6.3 Droits vis-à-vis de tiers

Je vis/mon partenaire vit séparé de son époux ou de son/sa partenaire avec lequel/laquelle il/elle est pacsé(e).

► Veuillez remplir le **formulaire UH1**.

J'ai déjà été marié ou mon partenaire a déjà été marié et ce mariage/ce PACS a été annulé.

► Veuillez remplir le **formulaire UH1**.

Je suis, ou une membre de ma communauté de besoins célibataire/ne vivant pas dans un partenariat homosexuel enregistré est enceinte ou élève un enfant naturel âgé de moins de 3 ans et ne peut donc pas travailler.

► Veuillez remplir le **formulaire UH2**.

Une personne dans mon foyer est

- âgée de moins de 18 ans ou
- âgée entre 18 et 24 ans et suit une formation scolaire ou professionnelle ou souhaite bientôt commencer une telle formation.

Un parent de cette personne vit en dehors de la communauté de besoins.

► Veuillez remplir le **formulaire UH3**.

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

- unter 18 Jahre alt oder
- 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.

Für mich und/oder für ein Mitglied meiner Bedarfsgemeinschaft wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben.

▶ Bitte legen Sie hierzu geeignete Unterlagen vor (z. B. Kopie der Verpflichtungserklärung).

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 oder war zuletzt 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 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

Ich bin **privat** oder **freiwillig gesetzlich** versichert. Ich bin **nicht** versichert.

▶ Bitte füllen Sie die _____, Abschnitt 2 aus. ▶ 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"/> Je suis ou mon conjoint actuel/ma conjointe actuelle est <ul style="list-style-type: none">• âgée de moins de 18 ans ou• âgé(e) de 18 à 24 ans et suit une formation scolaire ou professionnelle, ou veut commencer une telle formation prochainement. Au moins un parent vit en dehors de la communauté de besoins. ▶ Veuillez remplir le formulaire UH4 .	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mon état de santé est altéré (par ex. à cause d'un accident de travail, d'un accident de la circulation, d'un accident de sport, d'une erreur de traitement médical ou d'un affrontement violent). Pour cette raison, j'ai besoin d'assistance. ▶ Veuillez remplir le formulaire UF .	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> J'ai un droit vis-à-vis de tiers (par ex. à cause d'un droit contractuel au paiement ou d'une demande de dédommagement). Désignation du droit ▶ Veuillez justifier le droit avec les documents correspondants.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Une déclaration d'engagement a été remise au Bureau des étrangers ou à la représentation étrangère pour moi et/ou un membre de ma communauté de besoins. ▶ Veuillez joindre les justificatifs correspondants (par exemple copie de la déclaration d'engagement).	<input type="checkbox"/>

6.4 Droits vis-à-vis d'organismes de prestations sociales / caisses d'allocation familiales

<input type="checkbox"/> J'ai déjà fait une demande pour d'autres prestations (par exemple allocation logement, allocation chômage, retraite, allocation pour les enfants) ou <u>j'ai l'intention de faire une demande*</u> .	
Type de prestation	Organisme de prestations sociales/Caisse d'allocations familiales
Date de la demande	Prestations demandées à partir du
Nom de la personne pour laquelle sont demandées les prestations	
▶ Veuillez présenter un justificatif, s'il a déjà été statué sur votre demande/vos demandes.	

7. Assurance maladie et d'invalidité

7.1 Assurance obligatoire auprès d'une assurance maladie et d'invalidité légale

<input type="checkbox"/> Je suis assuré(e) par l' assurance maladie et invalidité légale obligatoire ou assuré(e) par l'intermédiaire d'un membre de ma famille, ou je l'ai été récemment.		
Nom de la caisse d'assurance maladie	adresse de la caisse d'assurance maladie	Numéro d'assuré maladie (si connu)
▶ Veuillez fournir une attestation d'assurance ou tout autre justificatif de la caisse d'assurance maladie. Vous pouvez aussi présenter votre carte électronique d'assuré en cours de validité.		
<input type="checkbox"/> Je suis assuré à une caisse d'assurance maladie en tant que membre de la famille (par le conjoint/la conjointe) et serai assuré au régime obligatoire auprès de <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> la même caisse d'assurance maladie<input type="checkbox"/> une autre caisse d'assurance maladie		
Nom de la caisse d'assurance maladie	adresse de la caisse d'assurance maladie	
▶ prière de joindre à votre demande votre certificat d'affiliation ou une autre pièce justificative certifiant votre affiliation, en cas de changement de caisse d'assurance		

7.2 Assurance maladie et d'invalidité privée, ou assurance volontaire au régime légal obligatoire, ou sans assurance

<input type="checkbox"/> Je suis affilié au régime légal de l'assurance privée ou volontaire . ▶ Veuillez remplir le formulaire SV , partie 2.	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas d'assurance. ▶ Veuillez remplir le formulaire SV , partie 3.
---	--

8. Coûts d'hébergement (loyer) et coûts de chauffage

<input type="checkbox"/> J'ai des coûts d'hébergement et des coûts de chauffage. ▶ Veuillez remplir le formulaire KDU .	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

9. Bildung und Teilhabe

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. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter _____.

Personen, die Leistungen nach dem SGB II 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 oben genannten 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). Verschwiegene Einkommen und Vermögen werden daher regelmäßig nachträglich bekannt.

Ich habe das Merkblatt "SGB II – Arbeitslosengeld II/Sozialgeld (Grundsicherung für Arbeitsuchende)" 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/Amtsgericht** 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 _____

► Nur auszufüllen bei vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen:

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. Paquet Éducation

Attention, les personnes âgées de moins de 25 ans peuvent bénéficier de prestations au titre du paquet Éducation. Veuillez vous adresser à votre Jobcenter ou à l'organisme compétent de votre commune. Une demande spécifique doit en effet être faite dans ce cas.

10. Dépôt de la demande à partir d'une date ultérieure

Je demande des prestations selon le Deuxième livre du Code social allemand (SGB II) seulement avec effet au ...

N'oubliez pas que votre demande rétroagit en général au premier jour du mois (§ 37, Abs. 2, Satz 2, SGB II). Pour cette raison, vous devez fournir des renseignements pour le mois complet de votre demande, en particulier en ce qui concerne les revenus perçus. Il est toutefois possible de demander les prestations seulement à partir d'une date précise. Une disposition contraire avec effet pour l'avenir, n'est possible qu'à partir du premier jour d'un mois suivant.

Les données sont soumises au secret social (voir "notice relative au SGB II"). Vos données sont collectées selon les §§ 60-65 du Premier livre du Code social allemand (SGB I) et les §§ 67a, b, c du Dixième livre du Code social allemand (SGB X) pour les prestations selon le Code social allemand SGB II. Vous trouverez les informations relatives à la protection des données auprès du Jobcenter compétent et sur le site Internet www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Les personnes demandant ou percevant des prestations SGB II ont une obligation de collaboration. Cela signifie que toutes les informations dans la demande et dans les formulaires déposés à cet effet doivent être exactes et complètes et toute modification survenant après le dépôt de la demande et pouvant avoir des effets sur les prestations (par ex. reprise d'un travail, déménagement) doivent être communiquées au Jobcenter compétent sans retard. Les obligations de collaboration doivent être respectées par tous les membres d'une communauté de besoins.

En cas de non-respect de ces obligations de collaboration, le remboursement des prestations trop perçues par toutes les personnes bénéficiaires d'une communauté de besoins est en règle générale demandé. Si d'autres personnes appartiennent à votre communauté de besoins, en tant que représentant(e), vous devriez faire participer toutes les personnes quand vous remplissez la demande et vous concerter pour les informations principales et celles les concernant. Assurez-vous par ailleurs que tous les membres reçoivent toutes les informations nécessaires (par ex. les avis).

Une infraction peut en plus entraîner une procédure pour infraction ou procédure pénale contre la personne qui n'a pas respecté les obligations ci-dessus. Le jobcenter collecte des informations sur les revenus et le patrimoine (par ex. salaires, revenus du capital, retraites) auprès de différents organismes par comparaison automatique des données. Il est donc régulièrement informé a posteriori des revenus et patrimoine non déclarés.

J'ai reçu le formulaire "SGB II - allocations chômage réduites/aide sociale (assurance de base pour les chômeurs) et les informations pour le compléter et j'en ai pris connaissance. Je signalerai spontanément et immédiatement tout changement de ma situation (notamment de la situation familiale, des revenus et du patrimoine, et de mon aptitude au travail).

Un tuteur/une tutrice a été désigné(e) par le **tribunal des tutelles/le tribunal d'instance**.

► Veuillez joindre un justificatif concernant la tutelle.

Numéro de dossier

La tutelle s'applique aux domaines suivants:

Lieu/Date Signature du tuteur

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Lieu/Date Signature du demandeur

Lieu/Date Signature de la représentante/du représentant légal des demandeurs mineurs

► À compléter uniquement en cas de changement ou de complément :

J'atteste de l'exactitude des modifications et des ajouts, effectués par moi ou par les employés du Jobcenter, dans les parties:

Lieu/Date Signature du demandeur

Lieu/Date Signature de la représentante/du représentant légal des demandeurs mineurs

Imprimer le formulaire

Réinitialiser le formulaire