

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

- Arbeitslosengeld II/Sozialgeld -

Füllen Sie diesen Antrag (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus. Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise zum Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts. Die Ausfüllhinweise und weitere Anlagen finden Sie auch auf der Internetseite des Landkreises Ostprignitz-Ruppin unter www.ostprignitz-ruppin.de.

Tag der Antragstellung	Landkreis Ostprignitz-Ruppin Jobcenter Ostprignitz-Ruppin Team	Eingangsstempel
Die Antragstellerin/der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch <input type="checkbox"/> Bundespersonalausweis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> sonstige Ausweispapiere (Hz. Datum) _____		

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.

Aktenzeichen (sofern vorhanden)	_____
Kundennummer der Antragstellerin/ des Antragstellers	_____

I. Allgemeine Daten des Antragstellers/der Antragstellerin	
Familienname/ggf. Geburtsname	
Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	Geburtsort Geburtsland
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Spätaussiedlerin/Spätaussiedler
Rentenversicherungsnummer	
Steueridentifikationsnummer	
Straße, Hausnummer	ggf. wohnhaft bei
Postleitzahl	Wohnort
Telefonnummer	Emailadresse
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ (Tag/ Monat/ Jahr) <input type="checkbox"/> geschieden _____ (Tag/ Monat/ Jahr)	
Bankverbindung	
Kontoinhaber/in	Kreditinstitut
BIC	IBAN

II. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung	
2a	Haben Sie für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen? Wenn ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2b	Sind Sie Berechtigte/Berechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz? Wenn ja, legen Sie bitte die Registrierbescheinigung oder den Aufnahmebescheid vor. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2c	Sind Sie - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2d	Sind Sie Schülerin/Schüler, Beginn _____ Ende _____ (Tag/ Monat/ Jahr) oder Studentin/Student, Beginn _____ Ende _____ (Tag/ Monat/ Jahr). <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung, Studienbescheinigung vor.</small> Haben Sie Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) beantragt? Wenn 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. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2e	Sind Sie Auszubildender, Beginn _____ Ende _____ (Tag/ Monat/ Jahr) oder Sind Sie während der Ausbildung in einem Wohnheim, Internat oder beim Ausbilder mit voller Verpflegung oder anderweitig mit Kostenerstattung für Unterkunft und Verpflegung untergebracht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung oder den Ausbildungsvertrag vor und einen Nachweis über die o.g. Kostenerstattung</small>
2f	Befinden Sie sich zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Altenheim, Adaptionshaus, Justizvollzugsanstalt)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Unterbringung (Tag/ Monat/ Jahr) vom _____ bis _____ bzw. ab _____. <small>Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.</small>

2g Wie viele weitere Personen gehören zu Ihrer Bedarfsgemeinschaft?

Zu meiner Bedarfsgemeinschaft gehört/gehören _____ weitere Person/en.
 Folgende Aussagen treffen auf meine Bedarfsgemeinschaft zu (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.

Tragen Sie bitte die Person/en ein, die außer Ihnen zur Bedarfsgemeinschaft gehören:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in bzw. zum/zur Partner/in	Kundennummer	Steueridentifikationsnummer

Bitte füllen Sie zusätzlich für die oben genannte/n Person/en ab 15 Jahre (z.B. Partner, Eltern, Kinder) jeweils **Anlage WEP** aus.
 Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte **Anlage KI** aus.

2h Wie viele weitere Personen gehören zu Ihrer Haushaltsgemeinschaft?: In meinem Haushalt wohnt/wohnen _____ weitere Person/en, die nicht zur Bedarfsgemeinschaft, jedoch zur Haushaltsgemeinschaft gehört/gehören.

Bitte machen Sie Angaben zu Personen, mit denen Sie verwandt oder verschwägert sind, in der **Anlage HG**. Für alle anderen Personen, für die Sie keine Anlage KI oder WEP beifügen, füllen Sie bitte die **Anlage VE** aus.

2i Für folgende Person der Bedarfsgemeinschaft liegt eine Verpflichtungserklärung gem. § 68 AufenthG vor? _____

III. Angaben zur Prüfung eines Mehrbedarfs

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

Der Nachweis über den voraussichtlichen Entbindungstermin hat vorgelegen. (Hz. Datum) _____

3a Ich bin schwanger. Voraussichtlicher Entbindungstermin _____.

3b Ich bin alleinerziehend.
 Ja. Nein.

3c Ich benötige aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung.
 Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage MEB** aus. Nein.

3d Ich habe eine Behinderung und erhalte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 Neuntes Sozialgesetzbuch (SGB IX) ODER sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes ODER Eingliederungshilfen nach § 112 SGB IX.
 Ja. Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor. Nein.

3e Ich bin nicht erwerbsfähig und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G.
 Ja. Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor. Nein.

3f Ich habe einen unabweisbaren besonderen Bedarf, den ich nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (z.B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts mit minderjährigem Kind).
 Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage BEBE** aus. Nein.

3g Ich bin Schüler/in und habe Kosten für Schulbücher/Arbeitshefte
 Ja. Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor. Nein.

IV. Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Füllen Sie bitte für sich und ggf. für jede weitere Person der Bedarfsgemeinschaft jeweils **Anlage EK** aus. Zum Einkommen gehören auch Sozialleistungen und Renten. Bei Erwerbseinkommen aus unselbständiger Tätigkeit lassen Sie außerdem die **Einkommensbescheinigung** durch den Arbeitgeber ausfüllen. Bei Erwerbseinkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte zusätzlich die **Anlage EKS** aus.

V. Angaben zu den Vermögensverhältnissen

Bitte tragen Sie Angaben über die Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft in die **Anlage VM** ein.

Ich bzw. ein Mitglied meiner Bedarfsgemeinschaft befindet sich im laufenden Insolvenzverfahren. Name der Person, Az etc.: _____

VI. Vorrangige Ansprüche *

6a Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung (Mehrfachnennungen möglich):

- war ich sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

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 SGB III).

von	bis	Behörde	Leistung

Ruht Ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Eintritts einer Sperrzeit gemäß § 144 SGB III?

- Ja. Der Anspruch ruht vom _____ bis _____ (Tag/Monat/Jahr). Legen Sie bitte den Sperrzeitbescheid von Ihrer Agentur für Arbeit vor.
- Nein.

Ist der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Eintritts einer Sperrzeit gemäß § 147 SGB III erloschen?

- Ja, ab _____ (Tag/Monat/Jahr). Legen Sie bitte den Bescheid über das Erlöschen des Anspruches auf Arbeitslosengeld von Ihrer Agentur für Arbeit vor.
- Nein.

6b Anspruch gegenüber dem Arbeitgeber

- 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, Ort, Az.	

6c Anspruch 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.

- Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage UH1** „Trennungsunterhalt“ aus. Nein.

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

- Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage UH1** „Trennungsunterhalt“ aus. Nein.

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.

- Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage UH2** „Betreuungsunterhalt“ aus. Nein.

Eine Person 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.

- Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage UH3** „Kindesunterhalt“ aus. Nein.

Ich bin unter 18 Jahre alt bzw. zwischen 18 und 24 Jahre alt und mache eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen. Ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

- Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage UH3** „Kindesunterhalt“ aus. Nein.

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.

- Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage UF** aus. Nein.

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

Ja. Bezeichnung des Anspruchs _____

Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach.

Nein.

6d Anspruch gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen

Haben Sie schon andere Leistungen, z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld nach dem Dritten Sozialgesetzbuch (SGB III), beantragt oder beabsichtigen Sie, einen Antrag zu stellen?

Ja. Bitte tragen Sie die Leistungsart sowie die weiteren Angaben dazu unten ein und legen Sie einen Nachweis vor, sofern schon über Ihren Antrag/Ihre Anträge entschieden wurde.

Nein.

Leistungsart	Sozialleistungsträger/ Familienkasse	Antragsdatum	Leistungen beantragt ab	für (Name des Mitglieds der Bedarfsgemeinschaft)

VII. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

7a Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Sind Sie in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflicht- oder familienversichert? Ja. Nein.

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherturnummer

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

Ich bin familienversichert und künftig pflichtversichert bei

der bisherigen Krankenversicherung

einer anderen Krankenkasse

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherturnummer (falls bekannt)

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

7b Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

Sind Sie privat oder freiwillig gesetzlich versichert? Ja. Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 2 aus. Nein.

Sind Sie nicht versichert? Ja. Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 3 aus. Nein.

VIII. Kosten der Unterkunft

Entstehen Ihnen Kosten der Unterkunft? Ja. Bitte füllen Sie die Anlage KdU aus. Nein.

IX. Bildung und Teilhabe

Beachten Sie bitte, dass Personen unter 25 Jahren Leistungen für Bildung und Teilhabe beanspruchen können. Weitere Informationen und Formulare erhalten Sie von Ihrem Jobcenter.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1c EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) i.V.m. §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II verarbeitet. Siehe hierzu das „Informationsblatt Datenschutz“ sowie das „Merkblatt SGB II“. Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft mit der Rückforderung der zu viel gezahlten Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus. Beachten Sie bitte, dass das Jobcenter im Wege des automatisierten Datenabgleichs Auskünfte bei Dritten, z. B. über Beschäftigungszeiten, Kapitalerträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen (z.B. Bescheide) erhalten.

Es wurde eine Betreuerin/ein Betreuer vom Betreuungsgericht bestellt. Legen Sie bitte einen Nachweis über die Betreuung vor.

Die Betreuung gilt für folgende Lebensbereiche: _____

Aktenzeichen

Ort/Datum

Unterschrift des Betreuers

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben; Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/er

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

der Antragstellerin/er

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

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/er

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

der Antragstellerin/er