

2d Sind Sie Schülerin/Schüler, bis (Tag/Monat/Jahr) _____ oder Ja Nein
 Studentin/Student, bis (Tag/Monat/Jahr) _____ oder Ja Nein
 befinden Sie sich in einer beruflichen Ausbildung? Bis (Tag/Monat/Jahr) _____ Ja Nein
 Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung, Studienbescheinigung oder den Ausbildungsvertrag vor.

2e Befinden Sie sich zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung? *) Ja Nein
 Wenn ja, Unterbringung (Tag/Monat/Jahr) vom _____ bis _____
 bzw. ab _____. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

2f Angaben zu den Personen der **Bedarfsgemeinschaft** *)
 Wie viele weitere Personen gehören zu Ihrer Bedarfsgemeinschaft? ____ Person/en
 Leben Sie zusammen mit (Mehrfachnennungen möglich)
 Ihrer/Ihrem nicht dauernd getrennt lebenden Ehegattin/Ehegatten,
 Ihrer/Ihrem nicht dauernd getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartnerin/Lebenspartner,
 Ihrer Partnerin, Ihrem Partner in Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft *),
 einem unverheirateten Kind unter 25 Jahren oder mehreren Kindern,
 Ihren Eltern bzw. einem Elternteil oder dessen Partner (nur anzukreuzen, wenn Sie unter 25 Jahre alt sind).

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

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.

2g Wohnen in Ihrem Haushalt auch Personen, die ggf. nicht zur Bedarfsgemeinschaft, jedoch zur **Haushaltsgemeinschaft** gehören? *) Ja Nein
 Wenn ja, wie viele Personen sind das? ____ Person/en.
 Für Verwandte oder Verschwägerter (z. B. Großeltern, Geschwister, Onkel, Tante, Nefte) füllen Sie bitte **Anlage HG** aus. Für sonstige nicht verwandte Personen (z. B. Ihre Partnerin/Ihr Partner) füllen Sie bitte **Anlage VE** aus.

3. Angaben für die Prüfung eines Mehrbedarfes.
 Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, sofern Sie einen Mehrbedarf beanspruchen.

3a Schwangere haben einen Anspruch auf Mehrbedarf.
 Geben Sie gegebenenfalls den voraussichtlichen Entbindungstermin an _____ (Tag/Monat/Jahr).
 Bitte legen Sie geeignete Nachweise vor. *)

3b Sind Sie alleinerziehend? Ja Nein

3c Haben Sie eine Behinderung und erhalten Sie folgende Leistungen? Wenn ja, legen Sie bitte den aktuellen Bewilligungsbescheid vor. Ja Nein
 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben oder
 Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 bis 3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

3d Benötigen Sie aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung? *) Ja Nein
 Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage MEB** aus.

3e Sind Sie nicht erwerbsfähig und Inhaber eines Ausweises (nach § 69 Abs. 5 SGB IX) mit dem Merkzeichen G? Legen Sie bitte den entsprechenden amtlichen Ausweis vor. Ja Nein

4. 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 bitte außerdem die **Einkommensbescheinigung** durch den Arbeitgeber ausfüllen. Bei Erwerbseinkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte **Anlage EKS** aus.

5. Angaben zu den Vermögensverhältnissen *)
 Tragen Sie bitte die Angaben zu allen Personen der Bedarfsgemeinschaft in die **Anlage VM** ein.

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen

6. Angaben für die Prüfung eines befristeten Zuschlags *)

Haben Sie innerhalb der letzten 2 Jahre Arbeitslosengeld bezogen? Ja Nein

Wenn ja,

6a der Arbeitslosengeldanspruch endete am _____ (Tag/Monat/Jahr).

6b die Höhe des zuletzt bezogenen Arbeitslosengeldes betrug _____ Euro/täglich.

Legen Sie bitte den letzten Bewilligungsbescheid zum Arbeitslosengeld und das Beendigungsschreiben von Ihrer Agentur für Arbeit vor.

6c Sofern Sie während des Bezuges von Arbeitslosengeld Wohngeld bezogen haben, geben Sie bitte die Höhe an _____ Euro/monatlich.

Legen Sie bitte den Bescheid von Ihrer Wohngeldstelle vor.

7. Weitere Angaben, die für die Leistungsgewährung von Bedeutung sein können *)

7a Ruht Ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen des Eintritts einer Sperrzeit gemäß § 144 SGB III? *) Ja Nein

Wenn ja, der Anspruch ruht vom _____ bis _____ (Tag/Monat/Jahr)

Legen Sie bitte den Sperrzeitbescheid von Ihrer Agentur für Arbeit vor.

7b Ist der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen des Eintritts einer Sperrzeit gemäß § 147 SGB III erloschen? *) Ja Nein

Wenn ja, ab _____ (Tag/Monat/Jahr)

Legen Sie bitte den Bescheid über das Erlöschen des Anspruches auf Arbeitslosengeld von Ihrer Agentur für Arbeit vor.

8. Angaben zur Sozialversicherung

8a Sind Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse pflicht-, familien- oder freiwillig versichert? *) Ja Nein

Wenn ja, Name und Sitz der Krankenkasse _____

Krankenversicherten-Nr. (KV-Nr.) _____

Wenn nein,

ich war zuletzt krankenversichert bei (bitte Krankenkasse und KV-Nr. oben eintragen).

ich war bisher nicht krankenversichert. Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor.

ich war bisher privat krankenversichert.

Füllen Sie bitte **Anlage SV** aus.

8b Nachfolgende Angaben sind erforderlich, wenn Sie getrennt lebend sind, da Sie ggf. familienversichert werden können. *)

Ist Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte bzw. Ihre eingetragene Lebenspartnerin/Ihr eingetragener Lebenspartner pflichtversichert? Ja Nein

Wenn ja, Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Name und Sitz der Krankenkasse _____

Krankenversicherten-Nr. (KV-Nr.) _____

8c Nachfolgende Angaben sind erforderlich, wenn Sie das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, da Sie ggf. bei einem Elternteil familienversichert werden können. *)

Ist Ihre Mutter/Ihr Vater pflichtversichert? Ja Nein

Wenn ja,

Name, Vorname, Geburtsdatum der hauptversicherten Person (Vater oder Mutter) _____

Name und Sitz der Krankenkasse _____

Krankenversicherten-Nr. (KV-Nr.) _____

8d Sind Sie in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert? *) Ja Nein

Wenn ja, bei Deutsche Rentenversicherung - Bund bzw. deren zuständigem Regionalträger oder

Deutsche Rentenversicherung - Knappschaft-Bahn-See.

Wenn nein,

ich bin von der Rentenversicherungspflicht befreit und/oder privat versichert.

Füllen Sie bitte **Anlage SV** aus.

ich war bisher nicht rentenversichert:

Die Rentenversicherungs-Nr. wurde beantragt oder

soll vom Leistungsträger beantragt werden.

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen

9. Sonstige Ansprüche gegenüber Dritten (z. B. Unterhaltsansprüche oder Schadensersatzansprüche)

9a Wenn eine oder mehrere Aussagen zutreffen, füllen Sie bitte den entsprechenden Abschnitt der **Anlage UH** aus (Mehrfachnennungen möglich): *)

- Ich lebe bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner lebt getrennt von der Ehegattin/vom Ehegatten bzw. von der eingetragenen Lebenspartnerin/vom eingetragenen Lebenspartner. Füllen Sie bitte **Anlage UH** Abschnitt 1 aus.
- Ich bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner war bereits verheiratet und diese Ehe wurde geschieden bzw. diese Lebenspartnerschaft wurde aufgelöst. Füllen Sie bitte **Anlage UH** Abschnitt 1 aus.
- Eine nicht verheiratete Person im Haushalt ist schwanger oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren und kann deshalb nicht arbeiten. Füllen Sie bitte **Anlage UH** Abschnitt 2 aus.
- Mindestens eine Person der Bedarfsgemeinschaft hat einen Elternteil außerhalb der Bedarfsgemeinschaft und ist unter 25 Jahre und in Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen. Füllen Sie bitte **Anlage UH** Abschnitt 4 für jede Person und Abschnitt 3 für jeden Elternteil außerhalb des Haushaltes aus.

9b Haben Sie einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlichen Behandlungsfehler, tätliche Auseinandersetzung) und sind Sie deshalb hilfebedürftig geworden? Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage UF** aus. *) Ja Nein

10. Angaben zu den Kosten der Unterkunft und Heizung

Entstehen Ihnen Kosten für Unterkunft und Heizung? Wenn ja, füllen Sie bitte die **Anlage KDU** aus. Ja Nein

Da Sie die Leistungen beantragen, wird davon ausgegangen, dass Sie auch die Vertretung Ihrer Bedarfsgemeinschaft übernommen haben. Diese gilt nicht mehr, wenn Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Leistungsträger erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen (§ 38 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 Erstattung der zu viel gezahlten Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen erhalten.

Das Merkblatt "SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)" und die Ausfüllhinweise habe ich erhalten und kenne deren Inhalt.

Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von mir freiwillig angegebenen Daten bin ich einverstanden.

Folgende Anlagen sind dem Hauptantrag beigelegt:

- Anlage WEP Anzahl ____ (zur Eintragung jeweils einer weiteren Person der Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren)
- Anlage KI Anzahl ____ (zur Eintragung von jeweils zwei Kindern unter 15 Jahren)
- Anlage HG Anzahl ____ (für Verwandte und Verschwägte in der Haushaltsgemeinschaft)
- Anlage VE Anzahl ____ (für je eine nicht verwandte Person in der Haushaltsgemeinschaft zur Überprüfung, ob eine Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft vorliegt)
- Anlage MEB Anzahl ____ (für die Beantragung eines Mehrbedarfs bei kostenaufwändiger Ernährung)
- Anlage EK Anzahl ____ (Einkommenserklärung für jeweils eine Person der Bedarfsgemeinschaft)
- Einkommensbescheinigung Anzahl ____ (Einkommensbescheinigung bei unselbständiger Tätigkeit - vom Arbeitgeber auszufüllen)
- Anlage EKS Anzahl ____ (Einkommenserklärung bei selbständiger Tätigkeit)
- Anlage VM Anzahl ____ (zur Feststellung der Vermögensverhältnisse der Personen in der Bedarfsgemeinschaft)
- Anlage SV Anzahl ____ (Sozialversicherung bei Befreiung von der Versicherungspflicht)
- Anlage UH Anzahl ____ (Unterhaltsansprüche gegenüber Dritten)
- Anlage KDU Anzahl ____ (zur Feststellung der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung)
- Anlage UF Anzahl ____ (Unfallfragebogen)

Ich versichere, dass die Angaben zutreffend sind.

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/ Antragsteller	Ort/Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller
-----------	--	-----------	--

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten: _____

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/ Antragsteller	Ort/Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller
-----------	--	-----------	--

Ist eine Betreuerin/ein Betreuer/Beistand vom Vormundschaftsgericht bzw. Jugendamt bestellt? Ja Nein

Wenn ja, durch _____ AZ _____

Wirkung der Betreuung _____ Bitte Nachweise vorlegen.

_____	_____
Ort/Datum	Unterschrift Betreuerin/Betreuer/Beistand

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen