

Hauptantrag

Antrag auf Bürgergeld nach dem Zweiten Buch
Sozialgesetzbuch (SGB II)



Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.



Weitere Informationen finden Sie
zu der jeweiligen Nummer in den
Ausfüllhinweisen

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. 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.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname		
Familienname		Geburtsname (sofern abweichend)	
Geburtsort		Geburtsdatum	
Geburtsland		Staatsangehörigkeit	
▶ Bitte tragen Sie hier das Datum Ihrer Einreise nach Deutschland ein, sofern Sie keine deutsche Staatsangehörigkeit haben.			
Einreisedatum			
Rentenversicherungsnummer ①	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt.		
Straße, Hausnummer			
gegebenenfalls wohnhaft bei			
Postleitzahl	Wohnort		
▶ Die Angaben zur Telefonnummer und zur E-Mail-Adresse sind ②			
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	

2. Antragstellung ③

ab sofort ab einem späteren Zeitpunkt: _____

für folgenden Monat: _____

3. Mein Familienstand und meine Wohnsituation

3.1 Mein Familienstand

ledig verheiratet verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft

dauernd getrennt lebend seit: _____

geschieden seit: _____

aufgehobene Lebenspartnerschaft seit: _____

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 (zum Beispiel elektronischer Aufenthaltstitel):

Gültig bis

AZR-Nummer

Personenkennnummer (bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)

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

3.2 Meine Wohnsituation

▶ Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, welche Personen zur Bedarfsgemeinschaft, Haushaltsgemeinschaft oder Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft gehören. (4) (5) (6)

Ich wohne allein. Zu meiner Bedarfsgemeinschaft gehört/gehören neben mir ____ weitere Person/en.

▶ Leben Sie allein, sind unter 3.2 keine weiteren Angaben erforderlich. Bitte weiter bei Abschnitt 3.3.

Ich wohne zusammen mit: (7)

▶ Da Sie die Leistungen beantragen, wird davon ausgegangen, dass Sie auch die Vertretung Ihrer Bedarfsgemeinschaft übernommen haben. Dies gilt nicht, wenn über 15-jährige Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Jobcenter erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen, zum Beispiel durch eine eigene Antragstellung (§ 38 SGB II). Zu den nicht vertretenen Personen sind hier keine Angaben erforderlich.
▶ Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

meiner Ehegattin/meinem Ehegatten. Wir leben nicht dauernd getrennt.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage WEP** aus.

meiner eingetragenen Lebenspartnerin/meinem eingetragenen Lebenspartner. Wir leben nicht dauernd getrennt.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage WEP** aus.

meiner Partnerin/meinem Partner in einer Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft ("eheähnliche Gemeinschaft")

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage WEP** aus.

____ unverheirateten Kind(ern) zwischen 15 Jahren und 24 Jahren

▶ Bitte füllen Sie für jedes Kind eine eigene **Anlage WEP** aus.

____ unverheirateten Kind(ern) unter 15 Jahren

▶ Bitte füllen Sie für jedes Kind eine eigene **Anlage KI** aus.

meinen Eltern beziehungsweise einem Elternteil

▶ Sind Sie als Antragstellerin/als Antragsteller unter 25 Jahre alt, füllen Sie bitte für Ihre Eltern jeweils eine **Anlage WEP** aus. Sind Sie 25 Jahre oder älter, füllen Sie bitte für Ihre Eltern jeweils eine **Anlage HG** aus.

____ sonstigen Verwandten oder Verschwägerten (zum Beispiel Großeltern, Geschwister über 25 Jahre, verheiratete Kinder, Tanten oder Onkel)

▶ Bitte füllen Sie für jeden Verwandten/Verschwägerten die **Anlage HG** aus.

____ sonstigen Personen (zum Beispiel andere Personen in einer Wohngemeinschaft)

▶ Gegebenenfalls ist eine Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft zu prüfen. Ihr Jobcenter wird Ihnen mitteilen, ob Sie eine **Anlage VE** ausfüllen müssen.

3.3 Kosten für Unterkunft und Heizung

Mir entstehen Kosten der Unterkunft und der Heizung

Ja Nein

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage KdU** aus.

4. Persönliche Angaben der Antragstellerin oder des Antragstellers

Ich habe für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen.

Ja Nein

Name des anderen Jobcenters

▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Bescheide) vor.

Ich fühle mich **gesundheitslich** in der Lage, regelmäßig eine Tätigkeit von mindestens **drei Stunden täglich** auszuüben. (8)

Ja Nein

▶ 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 **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**. (9)

Ja Nein

▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)) vor.

Ich bin **Schülerin/Schüler, Studentin/Student** oder **Auszubildende/Auszubildender**. ¹⁰ Ja Nein

Dauer der Schulausbildung von - bis

► Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (zum Beispiel Schulbescheinigung) vor.

Dauer des Studiums von - bis

► Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (zum Beispiel Immatrikulationsbescheinigung) vor.

Dauer der Ausbildung von - bis

► Falls ja, legen Sie bitte den Ausbildungsvertrag vor.

Ich habe Leistungen nach dem **Bundesausbildungsförderungsgesetz** (BaföG) beantragt. Ja Nein

► Falls ja, legen Sie bitte einen Nachweise über die Antragstellung oder – soweit über den Antrag bereits entschieden wurde – den entsprechenden Bescheid über die Bewilligung oder Ablehnung vor.

Während der Ausbildung bin ich in einem **Wohnheim, Internat, einer besonderen Einrichtung für Menschen mit Behinderung** oder beim **Ausbilder mit voller Verpflegung** oder **anderweitig mit Kostenerstattung** für Unterkunft und Verpflegung untergebracht. ¹⁰

► Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise vor.

Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (zum Beispiel Krankenhaus, Ja Nein
Altenheim, Justizvollzugsanstalt). ¹¹

Dauer der Unterbringung von - bis

Art der stationären Einrichtung

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

5. Prüfung eines Mehrbedarfs

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

Ich bin **alleinerziehend**.

Ich bin **schwanger**. ¹²

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

Ich habe einen Mehrbedarf für die **dezentrale Warmwassererzeugung** (zum Beispiel Durchlauferhitzer/Boiler). ¹³

Ich benötige aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**. ¹⁴

► Bitte füllen Sie die **Anlage MEB** aus.

Ich habe eine **Behinderung und** erhalte ¹⁵

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) **oder**
- sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes **oder**
- Eingliederungshilfen nach § 112 SGB IX.

► Bitte legen Sie einen aktuellen Bescheid vor.

Ich bin **nicht erwerbsfähig** und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Absatz 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G oder aG**. ¹⁶

► Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis (zum Beispiel Schwerbehindertenausweis) vor.

Ich habe einen **unabweisbaren besonderen Bedarf**, den ich nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise **abdecken kann** (zum Beispiel Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern). ¹⁷

► Bitte füllen Sie die **Anlage BB** aus.

6. Einkommen ¹⁹

► Zur Prüfung Ihrer Einkommensverhältnisse füllen Sie bitte die **Anlage EK** aus. Bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit füllen Sie bitte zusätzlich die **Anlage EKS** aus. ⁴³

► Bei einer Antragstellung ist grundsätzlich die Vorlage von Kontoauszügen erforderlich. Bitte legen Sie daher Kontoauszüge der letzten drei Monaten vor.

7. Vermögen ²⁰

► Zur Selbstauskunft über die Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen in der Bedarfsgemeinschaft, füllen Sie bitte die **Anlage VM** aus.

8. Meine Lebenssituation

8.1 Vorrangige Leistungen (21)

- ▶ Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf andere Leistungen oder gegenüber Dritten bestehen könnte.
- ▶ Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

In den letzten 5 Jahren (22)

<input type="checkbox"/> war ich beschäftigt .		
von - bis	Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> Minijob
von - bis	Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> Minijob
<input type="checkbox"/> war ich selbständig tätig.		
von - bis	Art der Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> habe ich einen Wehrdienst oder freiwilligen Dienst geleistet (zum Beispiel Freiwilliges Soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst).		
<input type="checkbox"/> habe ich Angehörige gepflegt (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch).		
<input type="checkbox"/> habe ich Entgeltersatzleistungen erhalten (zum Beispiel Krankengeld, Arbeitslosengeld, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Elterngeld).		
von - bis	Leistung	
von - bis	Leistung	
<input type="checkbox"/> trifft keiner dieser Punkte auf mich zu. Ich habe meinen Lebensunterhalt wie folgt bestritten (zum Beispiel finanzielle Unterstützung durch Verwandte/Bekannte, Ersparnisse, Erbschaft):		

8.2 Ansprüche gegenüber Dritten (23)

<input type="checkbox"/> Ich habe schon andere Leistungen beantragt oder beabsichtige, einen Antrag zu stellen . Dazu zählen beispielsweise Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG), Berufsausbildungsbeihilfe (BAB), Wohngeld, Arbeitslosengeld, Renten (Alters-, Hinterbliebenen- und Grundrenten), Krankengeld, Kindergeld und Kinderzuschlag. (24)	
Leistungsart	Antragsdatum
Sozialleistungsträger/Familienkasse	
<p>▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis vor.</p>	
<input type="checkbox"/> Ich erhebe Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (zum Beispiel bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (zum Beispiel bei noch ausstehenden Abfindungen).	
Arbeitgeber	Anschrift
Grund	
<p>▶ Bitte legen Sie einen geeigneten Nachweis vor (zum Beispiel Schriftwechsel mit Ihrer Rechtsanwältin/Ihrem Rechtsanwalt oder dem Gericht).</p>	

<input type="checkbox"/> Ich lebe getrennt von meiner Ehegattin/meinem Ehegatten oder meiner eingetragenen Lebenspartnerin/meinem eingetragenen Lebenspartner. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH1 aus.
<input type="checkbox"/> Ich bin geschieden oder meine eingetragene Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH1 aus.
<input type="checkbox"/> Ich bzw. ein nicht verheiratetes/nicht in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft lebendes Mitglied meiner Bedarfsgemeinschaft bin/ist schwanger oder betreue/betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH2 aus.
<input type="checkbox"/> Ich bin bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner ist <ul style="list-style-type: none"> • unter 18 Jahre alt oder • zwischen 18 und 24 Jahre alt und mache eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen und mindestens ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH4 aus.
<input type="checkbox"/> Ich habe einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (zum Beispiel Arbeits-, Verkehrs-, Spiel-, oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung). Ich muss deshalb Leistungen beim Jobcenter beantragen. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UF aus.
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Anspruch gegenüber Dritten (zum Beispiel aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadenersatzforderungen). <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Bezeichnung des Anspruchs</div> ▶ Bitte weisen Sie den Anspruch durch aktuelle Unterlagen nach.
Für mich wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der 25 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ▶ Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor.

9. Kranken- und Pflegeversicherung 26 27

9.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

<input type="checkbox"/> Ich bin oder war zuletzt in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflicht- oder familienversichert. Mit Beginn des Anspruchs auf Arbeitslosengeld II möchte ich versichert werden bei: <div style="margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> der bisherigen Krankenkasse <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Name der Krankenkasse</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Krankenversicherternummer (falls bekannt)</td> </tr> </table> </div> ▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor. Ersatzweise können Sie auch Ihre gültige elektronische Gesundheitskarte vorlegen, diese wird nicht zur Akte genommen.	Name der Krankenkasse	Krankenversicherternummer (falls bekannt)
Name der Krankenkasse	Krankenversicherternummer (falls bekannt)	
<input type="checkbox"/> einer anderen Krankenkasse <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Name der Krankenkasse</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Krankenversicherternummer (falls bekannt)</td> </tr> </table> ▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Krankenkassenwahl vor, wenn Sie die Krankenkasse wechseln. 26	Name der Krankenkasse	Krankenversicherternummer (falls bekannt)
Name der Krankenkasse	Krankenversicherternummer (falls bekannt)	

9.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

<input type="checkbox"/> Ich bin privat oder freiwillig gesetzlich versichert. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 3 aus.	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 4
--	---

10. Bildung und Teilhabe

Leistungen zur Bildung und Teilhabe - Erstantrag/ Weiterbewilligungsantrag für folgende Personen unter 25 Jahren:

Kind 1 (Name, Vorname)

Kind 2 (Name, Vorname)

Kind 3 (Name, Vorname)

Kind 4 (Name, Vorname)

Für weitere Kinder bitte eine formlose Auflistung auf einem Sonderblatt beifügen.

Über die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Bildung und Teilhabe wurde ich bereits umfassend beraten.

Das Infoblatt BuT wurde mir ausgehändigt/zugesandt.

 Ja Nein

Hinweis: Die jeweilige Anlage zu der einzelnen Leistung bzw. der Antrag auf Lernförderung wird Ihnen bei Bedarf ausgehändigt oder zugesandt.

Folgende Leistung möchten Sie für das/die Kind(er) beanspruchen:

Anlage für:

Klassenfahrt/Ausflug für das/die Kind(er)

Schülerbeförderung für das/die Kind(er)

soziokulturelle Teilhabe für das/die Kind(er)

Mittagsverpflegung für das/die Kind(er)

Antrag auf:

Lernförderung für das/die Kind(er)

Beachten Sie bitte, dass ein Antrag auf Lernförderung auch während des laufenden Leistungsbezuges gestellt werden kann, soweit dieser Bedarf noch nicht besteht. Setzen Sie sich bezüglich dieser Antragstellung bitte mit Ihrem zuständigen Sachbearbeiter in Verbindung, damit Ihnen die entsprechenden Antragsformulare übermittelt werden können.

11. ► Meine Bankverbindung

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

Kontoinhaberin/Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN ⁽²⁸⁾

► Die IBAN finden Sie in der Regel auf Ihrem Kontoauszug.

Meine Mitwirkungspflichten

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. Änderungen, die nach der Antragstellung eintreten und sich auf die Leistungen auswirken können (zum Beispiel 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 (zum Beispiel Bescheide) erhalten.

Ein Verstoß gegen die Mitwirkungspflichten 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 (zum Beispiel Arbeitsentgelte, Kapitalerträge, Renten). Verschwiegenen Einkommen und Vermögen werden daher regelmäßig nachträglich bekannt.

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

Die Betreuung gilt für folgende Lebensbereiche: _____

► Bitte legen Sie einen Nachweis über die Betreuung vor (Bestellungsurkunde oder Ausweis der Betreuerin/des Betreuers).

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
Ort/Datum	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller

Bearbeitungsvermerke (Nur vom Jobcenter auszufüllen)

In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum: _____ Unterschrift der Kundin/des Kunden _____

Sonstige Anmerkungen des Jobcenters: