jobcenter

Hauptantrag

HA

Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch

Dieser Abschnitt wird durch Mitarbeitende des Jobcenters ausgefüllt.

Tag der Antragstellung _____

Kundennummer _____ BG-Nummer _____

Dienststelle _____ Team _____

Sie beantragen mit diesem Formular Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Der Antrag besteht aus dem Hauptantrag und verschiedenen Anlagen.
Alternativ können Sie den Antrag online stellen unter: www.jobcenter-kreis-steinfurt.de
Dort können Sie auch Nachweise einfach hochladen und weitere erforderliche Anlagen ausfüllen.
Erklärungen finden Sie in den Ausfüllhinweisen.
Informationen zu wichtigen Themen und Fragen finden Sie unter: www.jobcenter-kreis-steinfurt.de
Belegen Sie Ihre Angaben mit Nachweisen. Hierfür benötigt das Jobcenter ausschließlich Kopien.

A. Persönliche Daten der antragstellenden Person

1 Vorname

2 Nachname

3 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

4 Geburtsname/früherer Name

5 Geburtsort

6 Geburtsland

7 Staatsangehörigkeit

8 Geschlecht

☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers ☐ Keine Angabe

9 Straße

10 Hausnummer

11 Postleitzahl

12 Wohnort

13 Postfachanschrift

14 Telefon (freiwillige Angabe für Rückfragen, Hinweis Telefonnummer im Abschnitt I)

15 Haben Sie keinen festen Wohnsitz?

◯ Ja

◯ Nein

16 Gegebenenfalls wohnhaft bei (Name und Anschrift Person/Einrichtung)

Geben Sie bitte Ihre Bankverbindung an. (Hinweis Konto)

17 Kontoinhaberin/Kontoinhaber

18 IBAN (22-stellig)

19 Wenn Sie keine Bankverbindung angeben können, teilen Sie dem Jobcenter mit, weshalb Sie kein Basiskonto eröffnen können. (Hinweis Konto).

20 Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Rentenversicherungsnummer/Sozialversicherungsnummer.
(Hinweis Persönliche Identifikationsnummern)

☐ Diese ist vorhanden und lautet:

☐ Diese ist nicht vorhanden.

☐ Diese wurde beantragt.

21 Bitte geben Sie Ihre (steuerliche) Identifikationsnummer an. (Hinweis Persönliche Identifikationsnummern)

22 Haben Sie eine gesetzlich bestellte Betreuerin/einen gesetzlich bestellten Betreuer, eine Bevollmächtigte/einen Bevollmächtigten oder Vormund?

◯ Ja (bitte fügen Sie die Bestellungsurkunde, die Vollmacht oder den Betreuerausweis bei)

◯ Nein

B. Weitere Angaben zur Nationalität

23 Haben Sie einen gültigen Aufenthaltstitel?

◯ Ja (bitte fügen Sie den Aufenthaltstitel bei)

◯ Nein

24 Erhalten Sie Leistungen nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**?
(Hinweis Berechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz)

◯ Ja (bitte fügen Sie einen Nachweis über den aufenthaltsrechtlichen Status und den Bescheid bei)

◯ Nein

25 Bis wann erhalten Sie Asylbewerberleistungen?

bis (TT.MM.JJJJ)

26 Bitte geben Sie Ihre Ausländerzentralregisternummer an, falls vorhanden.

27 Hat jemand gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung zugesagt, alle Kosten während Ihres Aufenthalts in Deutschland zu übernehmen (Verpflichtungserklärung)? (Hinweis Verpflichtungserklärung)

◯ Ja (bitte fügen Sie die Verpflichtungserklärung oder einen anderen Nachweis bei)

◯ Nein

28 Bitte geben Sie Ihre nationale Personenidentifikationsnummer Ihres Herkunftslandes an, falls vorhanden.
(Hinweis Persönliche Identifikationsnummern)

C. Antragstellung

29 Ab welchem Zeitpunkt möchten Sie Grundsicherungsgeld beantragen? (Hinweis Antragstellung)

☐ Ab sofort ☐ Ab einem späteren Zeitpunkt

30 Bitte geben Sie den späteren Zeitpunkt an (TT.MM.JJJJ).

31 Wenn Sie zuvor im Ausland gelebt haben, geben Sie bitte das Datum Ihrer Einreise nach Deutschland an (TT.MM.JJJJ).

D. Angaben zur aktuellen Lebenssituation

32 Bitte geben Sie Ihren aktuellen Familienstand an.

☐ Ledig

☐ Verheiratet

☐ Verwitwet

☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft

☐ Dauernd getrennt lebend (bitte füllen Sie auch die Anlage UH aus)

☐ Geschieden (bitte füllen Sie auch die Anlage UH aus)

☐ Aufgehobene Lebenspartnerschaft (bitte füllen Sie auch die Anlage UH aus)

33 Seit wann sind Sie dauernd getrennt lebend, geschieden oder wann wurde Ihre Lebenspartnerschaft aufgehoben?

am/seit (TT.MM.JJJJ)

34 Sind Sie **erwerbsfähig**? Dies bedeutet, Sie sind grundsätzlich gesundheitlich in der Lage, regelmäßig eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. (Hinweis Erwerbsfähigkeit)

◯ Ja

◯ Nein

35 Sind Sie alleinerziehend?

◯ Ja

◯ Nein Sonstiges (bitte Erklärung abgeben)

Hinweis:
Sie gelten als alleinerziehend, wenn Sie allein für die Pflege und Erziehung Ihres minderjährigen Kindes bzw. Ihrer Kinder sorgen. Dies ist der Fall, wenn der andere Elternteil, ein Partner oder eine andere im Haushalt lebende Person dabei nicht in erheblichem Umfang mitwirkt.
Für den Fall, dass Sie und der getrennt wohnende Elternteil sich die Pflege und Erziehung des gemeinsamen Kindes in etwa hälftig teilen, indem Sie und der andere Elternteil sich in zeitlichen Intervallen von mindestens einer Woche bei der Pflege und Erziehung des gemeinsamen Kindes abwechseln (sog. Wechselmodell), kreuzen Sie bitte "Sonstiges" an und geben Sie hierzu eine Erklärung ab.

36 Sind Sie schwanger? (Hinweis Mehrbedarfe)

◯ Ja

◯ Nein

37 Wann ist der voraussichtliche Entbindungstermin?

am (TT.MM.JJJJ)

Falls Sie nicht verheiratet sind, füllen Sie bitte auch die Anlage UH aus.

38 Sind Sie unter 25 Jahre alt und lebt mindestens ein Elternteil außerhalb der Bedarfsgemeinschaft? (Hinweis Bedarfsgemeinschaft)

◯ Ja (bitte füllen Sie die Anlage UH aus)

◯ Nein

39 Sind Sie **Schülerin/Schüler**, **Studentin/Student** oder **Auszubildende/Auszubildender**? (Hinweis Schule/Studium/Ausbildung)

◯ Ja (bitte fügen Sie Nachweise bei)

◯ Nein (weiter mit 42)

40 Fallen Kosten für Schulbücher/Arbeitshefte an? (Hinweis Schulbücher/Arbeitshefte)

◯ Ja (bitte fügen Sie Nachweise bei)

◯ Nein

41 Sind Sie während der Ausbildung auswärts untergebracht? (Hinweis Schule/Studium/Ausbildung)

◯ Ja

◯ Nein

42 Haben Sie schon **andere Leistungen beantragt oder beabsichtigen Sie**, Leistungen zu beantragen?

◯ Ja

◯ Nein

43 Bitte geben Sie an, welche Leistungen Sie beantragt haben oder beantragen möchten.
Bitte fügen Sie soweit möglich Nachweise bei.

☐ BAföG (Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz)

☐ BAB (Berufsausbildungsbeihilfe)

☐ Wohngeld

☐ Arbeitslosengeld

☐ Rente

☐ Krankengeld

☐ Kindergeld

☐ Kinderzuschlag

☐ Sonstiges

44 Benötigen Sie aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung?
(Hinweis Mehrbedarfe)

◯ Ja (bitte füllen Sie auch die Anlage MEB aus)

◯ Nein

45 Haben Sie eine Behinderung?

◯ Ja

◯ Nein (weiter mit 47)

46 Erhalten Sie 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?

◯ Ja (bitte fügen Sie den Bescheid bei)

◯ Nein

47 Haben Sie einen unabweisbaren besonderen Bedarf, den Sie nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken können, zum Beispiel Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern?
(Hinweis Unabweisbarer besonderer Bedarf)

◯ Ja (bitte füllen Sie auch die Anlage BB aus)

◯ Nein

48 Befinden Sie sich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung, zum Beispiel Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt? (Hinweis Stationäre Einrichtung)

◯ Ja

◯ Nein

49 Bitte geben Sie die Art der stationären Einrichtung an.

50 Bitte geben Sie die (voraussichtliche) Dauer des Aufenthalts an.

von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)

E. Angaben zur bisherigen Lebenssituation

51 Haben Sie **innerhalb der letzten drei Jahre** bereits Bürgergeld, Grundsicherungsgeld oder Sozialhilfe beantragt oder bezogen?

◯ Ja

◯ Nein

52 Bitte geben Sie die Art der Leistung an.

53 Bitte geben Sie den Zeitraum an, in dem Sie Leistungen erhalten haben.

von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)

Bitte geben Sie Name und Anschrift des Leistungsträgers an.

54 Name des Leistungsträgers

55 Straße | 56 Hausnummer | 57 Postleitzahl | 58 Ort

Bitte geben Sie an, welche der nachfolgenden Aussagen für Sie innerhalb der letzten fünf Jahre zutreffen und fügen Sie Nachweise bei.

59 Waren Sie bei einer Arbeitgeberin/einem Arbeitgeber angestellt beziehungsweise beschäftigt?

◯ Ja

◯ Nein (weiter mit 67)

60 Bitte geben Sie den Zeitraum der Beschäftigungen an.

von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)

von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)

61 Haben Sie ausstehende Lohnansprüche gegen eine (ehemalige) Arbeitgeberin/einen (ehemaligen) Arbeitgeber? (Hinweis Ansprüche gegenüber Dritten)

◯ Ja

◯ Nein (weiter mit 67)

Bitte geben Sie Name und Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers an.

62 Name (ehemalige) Arbeitgeberin/(ehemaliger) Arbeitgeber

63 Straße | 64 Hausnummer | 65 Postleitzahl | 66 Ort

67 Waren Sie selbständig/freiberuflich tätig?

◯ Ja

◯ Nein

68 Haben Sie Entgeltersatzleistungen erhalten, zum Beispiel Krankengeld, Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Elterngeld?

◯ Ja

◯ Nein (weiter mit 71)

69 Bitte geben Sie die Entgeltersatzleistung an.

70 Bitte geben Sie den Zeitraum an, in dem Sie die Entgeltersatzleistung erhalten haben.

von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)

71 Haben Sie Wehrdienst oder einen freiwilligen Dienst geleistet, zum Beispiel Freiwilliges Soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst?

◯ Ja

◯ Nein

72 Haben Sie Angehörige gepflegt (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch)?

◯ Ja

◯ Nein

73 Wenn keine der obigen Aussagen innerhalb der letzten 5 Jahre auf Sie zutrifft, geben Sie bitte an, wie Sie Ihren Lebensunterhalt bestritten haben, zum Beispiel finanzielle Unterstützung durch Verwandte/Bekannte, Ersparnisse, Erbschaft.

74 Haben Sie einen **Anspruch gegenüber Dritten**, zum Beispiel Schadensersatz, Erbschaft?
(Hinweis Ansprüche gegenüber Dritten)

◯ Ja (bitte fügen Sie einen Nachweis über den Anspruch bei)

◯ Nein

75 Haben Sie in Ihrem bisherigen Leben einen **Unfall oder einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten** (zum Beispiel Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung)?

◯ Ja (bitte füllen Sie auch die Anlage UF aus)

◯ Nein

F. Kranken- und Pflegeversicherung

76 Sind Sie oder waren Sie zuletzt in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung familien- oder pflichtversichert?
(Hinweis Kranken- und Pflegeversicherung)

◯ Ja

◯ Nein

77 Bei welcher Krankenkasse sind oder möchten Sie versichert werden?
Bitte geben Sie den Namen der Krankenkasse an und fügen Sie einen aktuellen Nachweis über die Versicherung bei.

78 Sind Sie privat versichert, freiwillig gesetzlich versichert oder nicht versichert?

◯ Ja (bitte füllen Sie auch die Anlage SV aus)

◯ Nein

G. Wohnsituation

79 Wohnen Sie allein? (Hinweis Bedarfsgemeinschaft)

◯ Ja (weiter mit 81)

◯ Nein

80 Bitte geben Sie an, mit welchen Personen Sie zusammen wohnen.

☐ Ehegattin/Ehegatte, eingetragene Lebenspartnerin/eingetragener Lebenspartner, Partnerin/Partner („eheähnliche Gemeinschaft“). Bitte füllen Sie auch die Anlage WEP aus.

☐ Unverheiratete Kinder zwischen 15 Jahren und 24 Jahren.
Bitte füllen Sie für jedes Kind jeweils auch eine Anlage WEP aus.

☐ Kinder unter 15 Jahren. Bitte füllen Sie für jedes Kind jeweils auch eine Anlage KI aus.

☐ Eltern oder einem Elternteil. Sind Sie als Antragstellerin/Antragsteller unter 25 Jahre alt, füllen Sie bitte für jeden Elternteil jeweils auch eine Anlage WEP aus. Sind Sie 25 Jahre oder älter, füllen Sie bitte für jeden Elternteil jeweils auch eine Anlage HG aus.

☐ Sonstige Verwandte oder Verschwägerte (zum Beispiel Großeltern, Geschwister über 25 Jahre, verheiratete Kinder, Tanten oder Onkel). Bitte füllen Sie für jeden Verwandten/Verschwägerten jeweils auch die Anlage HG aus.

☐ Sonstige Personen (zum Beispiel andere Personen in einer Wohngemeinschaft). Das Jobcenter prüft gegebenenfalls eine Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft und wird Sie bitten, die Anlage VE auszufüllen.

81 Entstehen Ihnen Bedarfe für Unterkunft und Heizung?

◯ Ja (bitte füllen Sie auch die Anlage KDU aus)

◯ Nein

H. Erforderliche Anlagen zur Prüfung Ihres Antrags

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag die nachfolgenden Anlagen und Unterlagen bei.
Anlage VM: Dieses Formular füllen Sie einmal für Ihre gesamte Bedarfsgemeinschaft aus.
Kontoauszüge: Bei einer Antragstellung ist grundsätzlich die Vorlage von Kontoauszügen der letzten drei Monate erforderlich. Bitte achten Sie darauf, dass die Kontoauszüge aller vorhandenen Konten von allen Personen der Bedarfsgemeinschaft vollständig und lückenlos vorgelegt werden. (Hinweis Kontoauszüge)
Anlage EK: Dieses Formular füllen Sie jeweils für jede Person in der Bedarfsgemeinschaft aus.
Anlage EKS: Dieses Formular wird zusätzlich für diejenige Person in der Bedarfsgemeinschaft benötigt, die eine selbständige oder freiberufliche Tätigkeit ausübt.
Anlagen aus den Abschnitten A bis G, soweit diese je nach Lebenssituation erforderlich sind.

I. Hinweise und Unterschrift

Ihre Mitwirkungspflichten (Merkblatt SGB II, Kapitel 3.3)

Mit dem Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts entstehen nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten. Sie werden über Ihre Mitwirkungspflichten informiert, um Sie vor Nachteilen zu schützen.

Alle Angaben im Antrag und in den Anlagen müssen wahrheitsgemäß und vollständig sein. Sofern sich die Verhältnisse von Ihnen oder der Personen in Ihrer Bedarfsgemeinschaft nach der Antragstellung ändern, teilen Sie die Änderungen dem Jobcenter bitte unverzüglich mit (§ 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch). Dazu gehören zum Beispiel: Arbeitsaufnahme, Zuflüsse von Einkommen, Vermögen, Umzug, Einzug oder Auszug von Personen, Nebenkostenabrechnungen, Steuererstattungen.

Die Mitwirkungspflichten gelten für alle Personen einer Bedarfsgemeinschaft.

Werden Mitwirkungspflichten nicht erfüllt, können sich dadurch erhebliche Nachteile ergeben. Die Leistungen können ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Dies bedeutet, es werden keine oder geringere Leistungen gezahlt. Zudem können zu viel gezahlte Leistungen zurückgefordert werden. Zusätzlich kann es zu einem Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahren kommen.

Bitte beachten Sie, dass das Jobcenter einen automatisierten Datenabgleich (§ 52 Zweites Buch Sozialgesetzbuch) bei verschiedenen Behörden und Sozialleistungsträgern durchführt. Informationen über verschwiegene Einkommen und Vermögen, wie zum Beispiel Arbeitsentgelte, Kapitalerträge und Renten, werden daher regelmäßig nachträglich bekannt.

Vertretung der Bedarfsgemeinschaft

Mit der Antragstellung übernehmen Sie die Vertretung der Bedarfsgemeinschaft. Mit der Vertretung übernehmen Sie die Informationspflicht für alle Personen Ihrer Bedarfsgemeinschaft. Stimmen Sie alle Angaben daher gemeinschaftlich ab. Stellen Sie bitte sicher, dass alle Personen alle notwendigen Informationen (zum Beispiel Bescheide) erhalten.

Telefonnummer

Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Ihnen entstehen keine Nachteile, wenn Sie keine Angaben machen. Bei Angabe der Telefonnummer können Fragen eventuell auch telefonisch geklärt werden. Mit der Angabe stimmen Sie der internen Nutzung der Daten zur Kontaktaufnahme mit Ihnen zu. Zur internen Nutzung gehören auch freiwillige Befragungen zu Forschungszwecken durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit oder einem beauftragten Befragungsinstitut (§ 282 Absatz 5 Drittes Buch Sozialgesetzbuch). Sie können Ihre Einwilligung zur Nutzung der Telefonnummer jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Bildung und Teilhabe

Beachten Sie bitte, dass Personen unter 25 Jahren einen Anspruch auf Leistungen für Bildung und Teilhabe haben können (§ 28 Zweites Buch Sozialgesetzbuch). Diese Leistungen umfassen zum Beispiel die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung, den persönlichen Schulbedarf und Zuschüsse zu Vereinsbeiträgen. Eine Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen erfolgt bereits ab der Beantragung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Ein gesonderter Antrag ist nur für den Bedarf für zusätzliche Lernförderung notwendig. Für Kinder ab 15 Jahren reichen Sie bitte grundsätzlich eine Schulbescheinigung ein. Weitere Informationen zu diesen Leistungen erhalten Sie bei Ihrem Jobcenter oder dem zuständigen kommunalen Träger.

Datenschutzhinweise

Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch für die Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhoben und unterliegen dem Sozialgeheimnis. Näheres zum Datenschutz können Sie dem „Merkblatt - Grundsicherung für Arbeitsuchende SGB II - Hinweise zur Datenverarbeitung“ entnehmen.
Falls Sie hierzu Fragen haben, melden Sie sich bei dem für Sie zuständigen Jobcenter.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind. Ich habe das „Merkblatt - Grundsicherung für Arbeitsuchende SGB II“ und die Ausfüllhinweise erhalten und bestätige, deren Inhalt zu kennen.

82 Datum

83 Unterschrift antragstellende Person (bei Minderjährigen: Unterschrift erziehungs- oder sorgeberechtigte Person)

84 Datum

85 Unterschrift Betreuerin/Betreuer/Vormund