

Hauptantrag

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



2

HA



Zutreffendes bitte ankreuzen



Weitere Informationen finden Sie in den beigefügten Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie auch im Internet unter www.arbeitsagentur.de.

1. Meine persönlichen Daten

1.1 Allgemein

Anrede	Vorname
Familienname	ggf. Geburtsname
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer <input checked="" 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 checked="" type="radio"/>	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

1.2 Mein Familienstand

Ich bin	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet
<input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit	
Meine gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft ist	
<input type="checkbox"/> eingetragen	<input type="checkbox"/> aufgehoben seit

1.3 Meine Bankverbindung

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

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

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Tag der Antragstellung

Kundennummer

Nummer der Bedarfsgemeinschaft

Dienststelle

Team

Eingangsstempel

Antragstellerin/Antragsteller hat sich ausgewiesen durch

- Bundespersonalausweis
- Pass
- Sonstiges Ausweispapier

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

1.4 Meine persönlichen Angaben

Ich bin Spätaussiedlerin bzw. Spätaussiedler . <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ich bin Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz . <input checked="" type="radio"/>	
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.	
Ich bin – meiner Einschätzung nach – gesundheitslich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
▶ Wenn Sie Nein angekreuzt haben, besteht für Sie möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen des SGB II. Sie können in diesem Fall Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen.	
Ich bin Schülerin bzw. Schüler . <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Dauer der Schulausbildung von - bis	▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.
Ich bin Studentin bzw. Student . <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Dauer des Studiums von - bis	▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.
Ich bin Auszubildende bzw. Auszubildender . <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Dauer der Ausbildung von - bis	▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.
Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Dauer der Unterbringung von - bis	▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schulbescheinigung
<input type="checkbox"/> Studienbescheinigung
<input type="checkbox"/> Ausbildungsvertrag
<input type="checkbox"/>

2. Personen in meiner Bedarfsgemeinschaft

▶ Leben Sie allein, dann gehen Sie bitte zu Abschnitt 3.

Zu meiner Bedarfsgemeinschaft gehört/gehören ____ 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 Einkommensgemeinschaft** („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.

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 **Anlage KI** und für alle anderen Personen, die Sie vertreten, jeweils die **Anlage WEP** aus.

Ich füge diesem Antrag ____ **Anlage/n KI** bei.

Ich füge diesem Antrag ____ **Anlage/n WEP** bei.

Anlage KI

Anlage WEP

2.2 Meine 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.

Anlage HG

Anlage VE

3. Prüfung eines Mehrbedarfs

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

<input type="checkbox"/> Ich bin alleinerziehend .
<input type="checkbox"/> Ich bin schwanger . ► Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht. ○
<input type="checkbox"/> Ich benötige aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung . ○ ► Bitte füllen Sie die Anlage MEB aus.
<input type="checkbox"/> Ich habe eine Behinderung und erhalte <ul style="list-style-type: none"> • Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) oder • sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes oder • Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). ► Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor. ○
<input type="checkbox"/> Ich bin nicht erwerbsfähig und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G . ○ ► Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor. ○
<input type="checkbox"/> 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 Anlage BB aus.

 Anlage MEB

 Anlage BB

4. Einkommen ○

Bitte füllen Sie für sich und ggf. für jede weitere Person Ihrer Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren jeweils die **Anlage EK** aus. Bei Einkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte **zusätzlich** die **Anlage EKS** aus.

 Anlage EK

 Anlage EKS

5. Vermögen ○

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

 Anlage VM

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 **Anlage EK Abschnitt 2** ein, auch dann, wenn eine Sperrzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben in **Abschnitt 6.1** machen.

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

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung

► 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
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 Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)).

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 **Anlage UH1** 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 **Anlage UH1** aus.

Anlage UH1

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.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage UH2** aus.

Anlage UH1

Anlage UH2

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.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage UH3** aus.

Anlage UH3

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.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage UH4** aus.

Anlage UH4

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 **Anlage UF** aus.

Anlage UF

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.

6.4 Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen

Ich habe schon andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)) **beantragt** oder **beabsichtige, einen Antrag zu stellen**.

▶ Bitte tragen Sie die Leistungsart sowie die weiteren Angaben dazu unten ein.

Für ein Kind unter 15 Jahren wurden andere Leistungen beantragt oder es ist beabsichtigt, einen entsprechenden Antrag zu stellen.

Leistungsart	Sozialleistungsträger/Familienkasse
Antragsdatum	Leistungen beantragt ab
Name des Kindes (bei Leistungen für ein Kind unter 15 Jahren)	
▶ 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 in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflichtversichert.

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherternummer
-----------------------	-----------------------	---------------------------

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

▶ Nachfolgende Angaben sind erforderlich, um eine Familienversicherung zu prüfen.

Meine getrennt lebende Ehegattin/mein getrennt lebender Ehegatte bzw. meine getrennt lebende eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerin/mein getrennt lebender eingetragener gleichgeschlechtlicher Lebenspartner ist **gesetzlich pflicht-** oder **freiwillig versichert**.

▶ Bitte füllen Sie Abschnitt 7.2 aus.

Ich bin **jünger als 25 Jahre** und meine Mutter/mein Vater ist **gesetzlich pflicht-** oder **freiwillig versichert**.

▶ Bitte füllen Sie Abschnitt 7.2 aus.

7.2 Familienversicherung

Ich bin in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** familienversichert bei meiner/meinem

Ehegattin/Ehegatten eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner/in

getrennt lebenden Ehegattin/Ehegatten getrennt lebenden eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner/in

Mutter/Vater _____

Familienname	Vorname
--------------	---------

Geburtsdatum	Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse
--------------	-----------------------	-----------------------

Krankenversicherternummer (falls bekannt)

7.3 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

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

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage SV, Abschnitt 2** aus.

Ich bin **nicht versichert**.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage SV, Abschnitt 3** aus.

7.4 Zusatzbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ich zahle einen Zusatzbeitrag.

▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor.

Monatliche Höhe in Euro

8. Kosten der Unterkunft und Heizung

- Mir entstehen Kosten für Unterkunft und Heizung.
▶ Bitte füllen Sie die **Anlage KDU** aus.

Anlage KDU

9. 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.

Sie haben erklärt, als Vertreterin/Vertreter Ihrer Bedarfsgemeinschaft zu handeln. Auch die Angaben der Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft müssen vollständig und richtig sein.

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.

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

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
-----------	--

Kassenvermerke

Festgestellt
Handzeichen, Datum

Angeordnet
Handzeichen, Datum