

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II)

Zentraler Formularpool Thüringen

<input type="checkbox"/> Grundsicherung für Arbeitsuchende <input type="checkbox"/> Aufstockende Leistungen beim Bezug von Arbeitslosengeld I (SGB III) <input type="checkbox"/> Ergänzende Leistungen bei Arbeitseinkommen oder Selbständigkeit	Eingangsvermerke <hr/> Kundennummer <hr/> Aktenzeichen
---	--

Der/Die Antragsteller/in ist

Ausländer/in
 Asylbewerber/in
 Spätaussiedler/in
 Schwerbehindert

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

I. Persönliche Verhältnisse:

	des Antragstellers / der Antragstellerin. Er / Sie ist	des Partners / der Partnerin, also des
	<input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> alleinerziehende(r) Mutter / Vater	<input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners <input type="checkbox"/> Partners in fester Lebensgemeinschaft i. S. v. § 7 Abs. 3 Nr. 3 c SGB II
Familienname		
ggf. Geburtsname		
Vorname(n)		
Wohnanschrift: PLZ, Ort		
Straße, Haus-Nr.		
Telefon (freiwillige Angabe)		
E-Mail (freiwillige Angabe)		
Geburtsdatum		
Geburtsort / Kreis		

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft*) <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft*) <input type="checkbox"/> verwitwet	
	seit _____	seit _____	
Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils	_____	_____	
	_____	_____	
	_____	_____	
Ausbildung, Beruf	_____	_____	
	_____	_____	
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere	
	Wenn nicht deutsch, welche Staatsangehörigkeit?	Wenn nicht deutsch, welche Staatsangehörigkeit?	
Bei Ausländern mit aufenthaltsrechtlichem Status			
	a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____
	b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____
	c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____
	d) Aufenthaltsgestattung (Asylbewerber)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____
	e) Arbeitsgenehmigung erteilt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____
Ausweispapiere: Art und Nummer	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr. _____	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr. _____	
Ausstellungstag	_____	_____	
Ausstellungsbehörde	_____	_____	
Bei Spätaussiedlern: Bescheinigung nach § 15 BVFG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ausstellungstag	_____	_____	
Ausstellungsbehörde	_____	_____	

*) nur für „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

Behinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja GdB	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja GdB
– Art der Behinderung		
– Schwerbehindertenausweis	vom _____ Merkzeichen _____	vom _____ Merkzeichen _____
	Behörde _____	Behörde _____
Stationäre Unterbringung i. S. von § 7 Abs. 4 SGB II (z. B. Heim, Werkstatt für Behinderte, Tagesstätte etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit _____
	Zuweisung von _____ bis _____	Zuweisung von _____ bis _____
Ist ein Betreuer bestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit _____
Wirkungskreis der Betreuung		
Name und Anschrift des Betreuers		

II. Familienverhältnisse:

Außer dem/der Antragsteller(in) und seinem/ihrer Ehegatten / Lebenspartner*) / Partner in fester Lebensgemeinschaft leben noch in der Haushaltsgemeinschaft

	1	2	3	4
Familienname				
ggf. Geburtsname				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort / Kreis / Land				
Staatsangehörigkeit				
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____
a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____
b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____
c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____
d) Aufenthaltsgestattung (Asylbewerber)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____
e) Arbeitsgenehmigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft*)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft*)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft*)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft*)
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller(in)				

*) nur für „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

	1	2	3	4
(bei Kindern): Schule und derzeitige Klasse				
Ausbildung, Beruf				
Derzeit ausgeübte Art der Tätigkeit				
Arbeitgeber				
Bei Arbeitslosen: arbeitslos seit	Datum	Datum	Datum	Datum
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur erforderlich ab vollendetem 15. Lebensjahr)	Kann der/die Haushaltsangehörige mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?			
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
Bei anderen Nichterwerbstätigen: Grund der Nichterwerbstätigkeit				
Stationäre Unterbringung (z. B. Werkstatt für Behinderte, Tagesstätte etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ von _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ von _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ von _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ von _____
Ist ein Vormund / Betreuer / Beistand bestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name, Anschrift Vormund/Betreuer/Beistand				
Kundennummer Bundesagentur für Arbeit (falls vorhanden)				

Die folgenden Angaben sind nur erforderlich für Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben

Krankenversicherung

Familienversichert über	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) <input type="checkbox"/> Partner des Antragstellers			
Eigene Krankenversicherung (auch Privatversicherung)	<input type="checkbox"/> ja, bei			
Versicherungssumme				

Rentenversicherung

Versicherungsträger				
Rentenversicherungs- nummer				
Rente wurde	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt, weil	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt, weil	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt, weil	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt, weil

III. Unterhaltspflichtige Angehörige:

außerhalb der Haushaltsgemeinschaft mit Antragsteller(in), seinem/ihrem Partner sowie der Personen unter Ziffer II. dieses Antrags

Zentraler Formularpool Thüringen

	1	2	3	4
Familienname der/des Unterhaltspflichtigen				
ggf. Geburtsname				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft*)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft*)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft*)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft*)
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller oder anderen Berechtigten				
Wohnanschrift: Straße, Haus-Nr.				
PLZ, Ort				
Arbeitgeber Name, Anschrift				
(wenn Rentenempfänger): Art der Rente				
Bestehende Unterhaltsregelungen	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> Sonstiges

* nur für „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

IV. Einkommensverhältnisse der/des Antragstellers(in) und der im Haushalt in Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen: (Immer Nachweise über Art und Höhe der Einkünfte, z. B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonstige Sozialleistungen, beifügen.)

Art des Einkommens monatlich Angaben in Euro	Antragsteller(in)	Ehegatte/Lebenspartner/Partner in fester Lebensgemeinschaft	Zur Bedarfsgemeinschaft gehörende Haushaltsangehörige entsprechend Ziffer II. dieses Antrags			
			1	2	3	4
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
– Gewerbe / Handel / Freiberufe						
– Land- und Forstwirtschaft						
– Vermietung und Verpachtung						
Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden usw.)						
Arbeitslosengeld nach SGB III						
Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit						
Sozialhilfe nach SGB XII						
Leistungen der Krankenversicherung						
Leistungen der Pflegeversicherung						
Mutterschaftsgeld						
Leistungen für Kinder						
– Kindergeld						
– Kindergeld-Nummer						
– Kinderzulage						
– Elterngeld						
– Betreuungsgeld						
Unterhalt nach BGB / LPartG						
Unterhaltsvorschuss nach UVG						
Unterhaltssicherung nach USG						
Wohngeld						
Leibrenten						
Renten / Pensionen						
– Altersrente						
– Erwerbsminderungsrente						
– Witwen- / Witwerrente						
– Waisenrente						
– Landwirtschaftliches Altersgeld						
– Knappschaftsrente						
– Betriebsrente						
– Zusatzrente						

Art des Einkommens monatlich Angaben in Euro	Antragsteller(in)	Ehegatte/Lebens- partner/Partner in fester Lebens- gemeinschaft	Zur Bedarfsgemeinschaft gehörende Haushaltsangehörige entsprechend Ziffer II. dieses Antrags			
			1	2	3	4
– Unfallrente						
– Sonstige Renten						
– Pensionen						
LAG Leistungen						
– Unterhaltsbeihilfe						
– Ausgleichsrente						
– Entschädigungsrente						
BVG Grundrente						
BAföG-Leistungen						
Blindengeld						
Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler						
Übergangsgeld						
Sonstiges						
Sonstiges						

V. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge und Ausgaben (Bitte Nachweise beifügen!)

Ausgaben Angaben in Euro	Antragsteller(in)	Ehegatte/Lebens- partner/Partner in fester Lebens- gemeinschaft	Zur Bedarfsgemeinschaft gehörende Haushaltsangehörige entsprechend Ziffer II. dieses Antrags			
			1	2	3	4
Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steuern auf Einkommen einschließlich Soli						
Krankenversicherung / Pflegeversicherung						
Arbeitslosenversicherung						
Rentenversicherung						
Altersvorsorgebeiträge						
Beiträge zu Privatversicherungen § 3 Nr. 1 Alg II-Verordnung						
Pauschbetrag nach § 3 Nr. 2 Alg II-Verordnung						
Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens (§ 3 Nr. 3 Alg II-Verordnung)						
– Werbungskostenpauschale						
– Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
– benutztes Verkehrsmittel						
– Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
Sonstiges						
Sonstiges						

VI. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstige Vermögen (Bitte Nachweise beifügen!)

Art des Vermögens Angaben in Euro	Antragsteller(in)	Ehegatte/Lebenspartner/Partner in fester Lebensgemeinschaft	Zur Bedarfsgemeinschaft gehörende Haushaltsangehörige entsprechend Ziffer II. dieses Antrags			
			1	2	3	4
Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bargeld						
Bank- / Sparguthaben Kreditinstitut						
– Kontonummer						
– Vertragsnummer						
– Einlagewerte						
Wertpapiere / Depots Art der Einlage / Wert						
Freistellungsaufträge bei Zinsbesteuerung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über Euro	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über Euro	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über Euro	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über Euro	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über Euro	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über Euro
Bausparverträge wenn Ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
– bei						
– Guthaben						
– Vertragsnummer						
Lebensversicherungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hauseigentum – Grundbesitz Haus / Eigentumswohnung						
– Größe Grundstück / m ²						
– Größe Haus / m ²						
– Anzahl Wohnungen						
– Verkehrswert						
Sonstiger Grundbesitz						
– Art / Nutzung						
– Verkehrswert						
– Sonstiges						
Kraftfahrzeug(e) / Halter						
– Marke / Typ						
– Kennzeichen						
– Erstzulassung						
– geschätzter Wert						
Staatlich gefördertes Altersvorsorgevermögen						
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)						
Sonstiges Vermögen						

VII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte

1. Vermögensübertragungen

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügten Vertrag / Urkunde
	Bemerkungen

2. Nicht geklärte oder streitige Ansprüche

Glaubt der/die Antragsteller(in) oder sein / ihr Partner(in), weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen noch Leistungen möglich wären?

nein ja, und zwar aus der Sozialversicherung aus Krankheit aus Unfall gegenüber einem (früheren) Arbeitgeber

als Kriegsbeschädigte(r) aus anderem Rechtsgrund, nämlich

Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt?

Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig? nein ja, bei Aktenzeichen

3. Versicherungs- und Versorgungsansprüche

Kranken- und Pflegeversicherung	des/der Antragstellers(in)	des/der Partners(in)
<input type="checkbox"/> Es besteht eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung	bei	bei
versichert als	seit wann? (Datum)	seit wann? (Datum)
<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> familienversichert über	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> familienversichert über	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> familienversichert über
<input type="checkbox"/> Derzeit besteht keine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> Bisher nicht krankenversichert <input type="checkbox"/> Bisher privat krankenversichert	<input type="checkbox"/> Bisher nicht krankenversichert <input type="checkbox"/> Bisher privat krankenversichert
zusätzlich (zur Prüfung evtl. Familienversicherungen)		
<input type="checkbox"/> – bei <u>getrennt lebenden</u> Ehegatten / Lebenspartnern	Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner	Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner
	Name	Name
	Vorname	Vorname
	Krankenversicherung	Krankenversicherung
	Versicherungs-Nr.	Versicherungs-Nr.

– bei Personen, die das <u>23. Lebensjahr noch nicht vollendet</u> haben	Angaben zum Vater		Angaben zum Vater	
	Name, Vorname		Name, Vorname	
	Krankenversicherung		Krankenversicherung	
	Versicherungs-Nr.		Versicherungs-Nr.	
	Angaben zur Mutter		Angaben zur Mutter	
	Name, Vorname		Name, Vorname	
	Krankenversicherung		Krankenversicherung	
	Versicherungs-Nr.		Versicherungs-Nr.	

Rentenversicherung

Besteht ein Rentenanspruch?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	bei	bei
Rentenversicherungsnummer		
Rente wurde	<input type="checkbox"/> beantragt Datum	<input type="checkbox"/> beantragt Datum
	<input type="checkbox"/> bewilligt ab	<input type="checkbox"/> bewilligt ab
	<input type="checkbox"/> abgelehnt, weil	<input type="checkbox"/> abgelehnt, weil
Wurden Beiträge zur Rentenversicherung freiwillig entrichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Für welchen Monat / Kalenderjahr wurden zuletzt Beiträge gezahlt?		
Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei

Lebensversicherung / private Altersvorsorge

<p>Es bestehen keine Lebensversicherungs- oder Altersvorsorgeversicherungen</p> <p>Es bestehen derartige oder ähnliche Versicherungen oder Anlageformen</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Vertragspartner / Gesellschaft		Vertragspartner / Gesellschaft	
	Vers.-Summe	bisher eingezahlt	Vers.-Summe	bisher eingezahlt
	Rückkaufswert	nach Stand vom	Rückkaufswert	nach Stand vom
	Vertragspartner / Gesellschaft		Vertragspartner / Gesellschaft	
	Vers.-Summe	bisher eingezahlt	Vers.-Summe	bisher eingezahlt
	Rückkaufswert	nach Stand vom	Rückkaufswert	nach Stand vom

Beamten- und versorgungsrechtliche Ansprüche (auch Soldaten oder Richter)

Es bestehen beamtenrechtliche Versorgungsansprüche / Beihilfeansprüche	<input type="checkbox"/> nein gegenüber	<input type="checkbox"/> nein gegenüber
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
	Aktenzeichen	Aktenzeichen

VIII. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft

1. Miete (Bitte Nachweise beifügen!)

Zahl der Personen in der Wohnung:	Anzahl	Person(en)
Wohnfläche:		m ²
davon untervermietet		m ²
Gesamtkosten der Unterkunft:		EUR
davon Kaltmiete:		EUR
Nebenkosten:		EUR
Heizungskosten:		EUR
Einnahmen aus Untervermietung		EUR
Sind in den angegebenen Beträgen – Kosten für Kochfeuerung enthalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="text"/> EUR
– Kosten für Warmwasserbereitung enthalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="text"/> EUR

2. Haus- / Wohneigentum (Bitte Nachweise beifügen!)

Soweit Sie Haus- / Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten / Belastungen zu erstellen (Rentabilitätsberechnung).

3. Sonstige Angaben zur Unterkunft

Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits gezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bestehen Mietschulden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von <input type="text"/> EUR
Bestehen Schulden für Energielieferungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von <input type="text"/> EUR
Falls derartige Schulden bestehen: Hat der jeweilige Gläubiger bereits gerichtliche oder sonstige Schritte unternommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche? <input type="text"/>
Wohngeld wurde	<input type="checkbox"/> beantragt am <input type="text"/> Datum
	<input type="checkbox"/> abgelehnt am <input type="text"/> Datum
	<input type="checkbox"/> bewilligt ab <input type="text"/> Datum
	Evtl. bereits gezahltes Wohngeld ist unter Abschnitt IV als Einkommen einzusetzen!
Miete (einschl. Nebenkosten soll unmittelbar an den Vermieter gezahlt werden.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name und Anschrift des Vermieters	<input type="text"/>
Bankverbindung des Vermieters	Geldinstitut <input type="text"/>
	IBAN <input type="text"/>
	BIC <input type="text"/>

IX. Arbeits- und Erwerbsverhältnisse

Zentraler Formularpool Thüringen

Erwerbsstatus	Antragsteller(in)	Partner(in) des/der Antragstellers(in)
Umfang der Erwerbstätigkeit Falls „nein“, aus welchem Grund?	Können Sie – nach Ihrer Einschätzung – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Behinderung <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Aus- und Fortbildung <input type="checkbox"/> häusliche Bindung (Kindererziehung, Pflege von Angehörigen) <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe (bitte erläutern)	Können Sie – nach Ihrer Einschätzung – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Behinderung <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Aus- und Fortbildung <input type="checkbox"/> häusliche Bindung (Kindererziehung, Pflege von Angehörigen) <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe (bitte erläutern)
Arbeitslos	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ Datum	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ Datum
bisherige Kunden-Nr. der BA		
bisher betreut durch Agentur für Arbeit in		
Zusätzliche Angaben zur Prüfung eines evtl. Anspruches auf einen befristeten Zuschlag		
Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld	Datum	Datum
zuletzt bezogenes Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich EUR	<input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich EUR
zuletzt gezahltes Wohngeld	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
	EUR _____	EUR _____
Sperrzeiten festgesetzt	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Anspruch auf Arbeitslosengeld ist dadurch erloschen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erwerbstätig als		
	Name und Anschrift des Arbeitgebers	Name und Anschrift des Arbeitgebers
	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
	Name und Anschrift des Arbeitgebers	Name und Anschrift des Arbeitgebers
	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Ausbildung / Studium mit Anspruch dem Grunde nach auf BAB / BAföG	<input type="checkbox"/> nein als _____ <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein als _____ <input type="checkbox"/> ja
Ausbildungsträger / Schule / Institution		

X. Sonstiges:

Wurde bereits früher Arbeitslosenhilfe nach AFG oder SGB III (altes Recht) oder eine andere Leistung der Agentur für Arbeit bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	von	bis
	von Agentur für Arbeit in	
	Kunden-Nr.	
Wurde bereits früher Sozialhilfe nach dem BSHG oder Grundsicherung nach dem GSIG 2001 (altes Recht) bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	von	bis
	Behörde	
Wurden früher sonstige öffentliche Mittel zur Sicherung des Lebensunterhalts gezahlt (Unterhaltshilfen nach dem LAG; KOF nach dem BVG etc.)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	von	bis
	Behörde	
Bemerkungen, Erläuterungen zum Antrag		
Besteht eine Schwangerschaft bei der Antragstellerin / Partnerin oder einer anderen zur Bedarfsgemeinschaft gehörenden Person? <i>(Angaben freiwillig)</i>	<input type="checkbox"/> nein	bei
	<input type="checkbox"/> ja	
	in der . Schwangerschaftswoche	
Ärztliche Bescheinigung, Kopie Mutterpass beifügen		
Bedarf der/die Antragsteller(in), Partner(in) oder eine andere zur Bedarfsgemeinschaft gehörende Person einer kostenaufwändigeren Ernährung infolge Krankheit oder Behinderung?	<input type="checkbox"/> nein	Namen
	<input type="checkbox"/> ja	
	Ärztliche Bescheinigung lt. Vordruck beifügen!	

XI. Bankverbindung: Girokonto des/der Antragstellers(in)

Name und Anschrift des Empfängers / der Empfängerin	
Geldinstitut	
IBAN	BIC

Hinweis:

Die Leistungen können auch an Ihren Wohnort übersandt werden (z. B. Post-Baranweisung). Sie sind allerdings im Regelfall mit Kosten für Sie verbunden. Eine kostenfreie Übermittlung ist nur möglich, wenn Sie nachweisen, dass Sie kein Girokonto eröffnen können, weil ein Geldinstitut dies abgelehnt hat (§ 42 SGB II).

Erklärung des/der Antragstellers(in) und seines / ihres Ehegatten / Lebenspartners / Partners in fester Lebensgemeinschaft

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und der Leistungsträger deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Leistungsträger übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw., werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person dem Leistungsträger über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat der Leistungsträger diese Informationen im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf er diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

Hinweis:

Da der/die Antragsteller(in) die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende für sich und Angehörige beantragt hat, wird von der gesetzlichen Vermutung ausgegangen, dass er/sie auch die Vertretung der Bedarfsgemeinschaft übernommen hat (§ 38 SGB II). Diese Vermutung gilt nicht mehr, sobald diese Mitglieder einer Bedarfsgemeinschaft gegenüber den nach dem SGB II zuständigen Leistungsträgern erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers(in) oder
seines/ihrer gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Ehegatten / Lebenspartners / Partners
in fester Lebensgemeinschaft – siehe Hinweis

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

Unterschrift Antragsteller(in)

Unterschrift des Aufnehmenden