

Hinweis: Bitte laden Sie dieses Formular herunter und speichern es auf Ihrem Endgerät ab. Anschließend füllen Sie das abgespeicherte Dokument aus. Alternativ können Sie das Formular ausdrucken und handschriftlich ausfüllen.

2 VA

Bearbeitungsvermerke
1 XU YRP -REFHQWHU DXV JX

Eingangsstempel

Vereinfachter Antrag für Bewilligungszeiträume mit Beginn vom 01.03.2020 bis zum 31.03.2022

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

Zutreffendes bitte ankreuzen : HLWHUH , QIRUPDWL LRQHQ ; QGHQ 6LH
zu der jeweiligen Nummer in den Ausfüllhinweisen

'LH QDFKVVHKKHQGHQ 'DWHQ XQWHUOLHJHQ GHP 6R]LD OJHKHLPQLV VLHKKH 3OH
ZHUGHQ DXIJUXQG GHU †† (UVWHV %XFK 6R]LDO JHVHW]EXFK 6*% , XQG
%XFK 6R]LDOJHVHW]EXFK 6*% ; 1•U GLH /HLVWXQJHQ QDFK 6R]LD 6*% , HUKREH
'DWHQVFKXW]UHFKWOLFKH +LQZHLVH HUKDOWHQ 6LH EHL GHP 1•U 6LH]XVWIOG
im Internet unter www.zzz.duehlwvdjhqwxu.gdwhqhukhexqj

Unter www.zzz.duehlwvdjhqwxu.gdwhqhukhexqj im Internet unter
XQWHUODJHQ 6*% , , 3LHUN QDFK 6LH DXFK GD\$XVI•OOKL QZHLVH XQG ZHLWHUHQ \$Q
'LHVHU \$QWUDJ ZLUNW JUXQGVIV]OLFK]XU•FN DXI GHQ HUVVHQ 7DJ GHV ORQD
1XW]HQ 6LH DXFK XQZVLHMR 6HQ WLFUH G XQW]H

Tag der Antragstellung
Kundennummer

Nummer der Berufsgenossenschaft
Dienststelle Team

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

| | |
|-----------------------------|--|
| Anrede | Vorname |
| Familienname | Geburtsname VRIHUQ DEZHLFKHQ |
| Geburtsort | Geburtsdatum |
| Geburtsland | Staatsangehörigkeit |
| Rentenversicherungsnummer 1 | Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt |
| Straße, Hausnummer | |
| gegebenenfalls wohnhaft bei | |
| Postleitzahl | Wohnort |
| Telefonnummer | E-Mail-Adresse |

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

Statistische Erfassung am

Handzeichen, Datum

Kassenvermerke

Festgestellt
Handzeichen, Datum

Angeordnet
Handzeichen, Datum

2. Mein Familienstand und meine Wohnsituation

Mein Familienstand:

Ich bin _____ (ledig/verheiratet/...) seit _____.

Meine Wohnsituation:

Ich wohne alleine.
/HEHQ 6LH DOOHLQ VLQG XQWHU NHLQH ZHLWHUHQ \$QJDEHQ HUIRUGHUOL

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
 y)DOOV MD OHJHQ 6LH ELWWH HQWVSUHFKHQGH 1DFKZHLVH YRU RGHU JHEH

Ich fühle mich **gesundheitslich** in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens **drei Stunden täglich** auszuüben. **9** Ja Nein

Ich bin **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**. **8** Ja Nein
 y /HJHQ 6LH ELWWFKHZQWW\$UJFK%QGMSLHO \$XIHQWKDOWVHUODXEQLV \$XIHQW %HVFKHLG GHV %XQGHVDPWHV I•U 0LJUDWLRQ XQG)O•FKWOLQJH %\$0) YR

Ich bin **Schülerin/Schüler, Studentin/Student** **10** oder **Auszubildende/Auszubildender**. Ja Nein
 y)DOOV MD OHJHQ 6LH ELWWH GHQ %HVFKHLG RGHU \$EOHKQXQJVEHVFKHLG

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**

Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (zum Beispiel Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). Ja Nein
 Dauer der Unterbringung von – bis | Art der stationären Einrichtung **11**
 y %LWWH OHJHQ 6LH HQWVSUHFKHQGH 1DFKZHLVH YRU

5. Prüfung eines Mehrbedarfs

'LH \$QJDEHQ VLQG IUHLZLOOLJ XQG QXU HUIRUGHUOLFK ZHQQ 6LH HLQHQ 0HK

Ich bin **alleinerziehend**.

Ich bin **schwanger**. **12**
 y %LWWH OHJHQ 6LH HLQHQ 1DFKZWEVQGRXQJDXWHGHPQGIWUUYRWDMKWLFKWOL

Ich erzeuge mein **Warmwasser** dezentral (zum Beispiel Boiler, Durchlauferhitzer) und habe deshalb einen Mehrbedarf. **13**

Ich benötige aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**. **14**
 y %LWWH AnlageMEB BXM GLH

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.

y %LWWH OHJHQ 6LH HLQHQ DNWXHOHQ %HVFKHLG YRU

Ich bin **nicht erwerbsfähig** **9** und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Abs. 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G oder aG**. **16**
 y %LWWH OHJHQ 6LH HLQHQ DNWXIGOMHQDXKZHLV YRFU %HLVSLHO 6FKZHU

6. Einkommen 18

Ich und/oder ein anderes Mitglied der Bedarfsgemeinschaft hat Einkommen.
 y =XU 3U•IXQJ GHU (LQNRPPHQVYHUBIDUWBLQVFKPXWVDNEHGHPV YRVOGQEGWHQ
 Einkommen Anlage EK DXVI•OOHQ %HL \$XV•EXQJ HLQH Zusatzliche Anlage CAS DXQ 7IWLJNH

7. Vermögen 19

Meine Bedarfsgemeinschaft verfügt über erhebliches Vermögen. Ja Nein

(UKHEOLFK LVW NXUJIULVWLJ I•U GHQ /HEHQVXQWHUKDOW YHUZHUEDUHV 9H MHGH ZHLWHUH 3HUVRQ LQ GHU %HGDUIVJHPHLQVFKDIW %HLVSLHOH %DUPLV NHLWVSU•IXQJ HLQJXEHJLHKHQ VLQG 9HUPJHQVJHJHQVWIQGH GLH QLFKW IUH typische \$OWHUVYRUVRUJHSURGXNWH ZLH .DSLWDOOHEHQV RGHU UHQWHQYHUV 6ROOWH EHL ,KQH HUKHEOLFKH Anlage VM DXMQ YRUOLHJHQ I•OOHQ 6LH ELWWH



8. Meine Lebenssituation

8.1 Selbständige Tätigkeiten

Die Anzahl an Jahren, in denen ich insgesamt eine selbständige Tätigkeit ausgeübt habe, beträgt: _____

8.2 Vorrangige Leistungen 20

Ich habe (mögliche) Ansprüche auf andere (Sozial-)Leistungen (zum Beispiel Kindergeld, Kinderzuschlag, Unterhaltsvorschuss, Arbeitslosengeld, Renten, Wohngeld, Ausbildungsförderung, Elterngeld, Mutterschaftsgeld). Ja Nein
Antrag/Anträge auf _____ habe ich gestellt. Ja Nein

8.3 Ansprüche gegenüber Dritten 22

Ich habe (mögliche) Ansprüche gegenüber Dritten (zum Beispiel Arbeitgeber, Unterhaltsverpflichtete, Schädiger (zum Beispiel aus einem Unfall)). Ja Nein

8.4 Verpflichtungserklärung 24

Für mich wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben.

9. Kranken- und Pflegeversicherung 25 26

9.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

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:

der bisherigen Krankenkasse

Name der Krankenkasse

einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

9.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin privat oder freiwillig gesetzlich versichert.

Ich bin nicht versichert.

10. Bildung und Teilhabe

Beachten Sie bitte, dass Personen unter 25 Jahren einen Anspruch auf Leistungen für Bildung und Teilhabe haben können. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem Jobcenter oder dem zuständigen kommunalen Träger.



