

**ANTRAG AUF BEWILLIGUNG VON LEISTUNGEN
ZUR SICHERUNG DES LEBENSUNTERHALTS NACH DEM SGB II (FOLGEANTRAG)**

- ARBEITSLOSENGELD II/SOZIALGELD -

Eingegangen am/Handzeichen:

I. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

	Antragsteller*in (1. Person)	Ehe-/Lebenspartner*in oder 2. Person	3. Person	4. Person
Name (ggf. Geburtsname)				
Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich ♀ <input type="checkbox"/> männlich ♂ <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich ♀ <input type="checkbox"/> männlich ♂ <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich ♀ <input type="checkbox"/> männlich ♂ <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich ♀ <input type="checkbox"/> männlich ♂ <input type="checkbox"/> divers
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis		_____ (Sohn/Tochter/Vater/Mutter) von <input type="checkbox"/> 1. Person <input type="checkbox"/> keine Verwandtschaft	_____ (Sohn/Tochter/Vater/Mutter) von <input type="checkbox"/> 1. Person <input type="checkbox"/> 2. Person <input type="checkbox"/> keine Verwandtschaft	_____ (Sohn/Tochter/Vater/Mutter) von <input type="checkbox"/> 1. Person <input type="checkbox"/> 2. Person <input type="checkbox"/> keine Verwandtschaft
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				
Aufenthaltsstatus (nur wenn Staatsangehörigkeit nicht deutsch) Nachweise zu den Angaben sind vorzulegen.	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis bis _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Freizügigkeitsberechtigung <input type="checkbox"/> Daueraufenthaltsrecht (FreizügG/EU)	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis bis _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Freizügigkeitsberechtigung <input type="checkbox"/> Daueraufenthaltsrecht (FreizügG/EU)	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis bis _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Freizügigkeitsberechtigung <input type="checkbox"/> Daueraufenthaltsrecht (FreizügG/EU)	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis bis _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Freizügigkeitsberechtigung <input type="checkbox"/> Daueraufenthaltsrecht (FreizügG/EU)
Anschrift				
Telefonnummer				
gesetzliche(r) Betreuer*in (ggf. Bestellsurkunde vorlegen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
SICHTVERMERK NUR VOM JOBCENTER AUSZUFÜLLEN (Namenskürzel)	<input type="checkbox"/> Ausweisdokument	<input type="checkbox"/> Ausweisdokument <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/> Ausweisdokument <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/> Ausweisdokument <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde

II. Leistungen für Mehrbedarfe § 21 SGB II				
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja, vorläufiger Entbindungstermin _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, vorläufiger Entbindungstermin _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, vorläufiger Entbindungstermin _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, vorläufiger Entbindungstermin _____ <input type="checkbox"/> Nein
Behinderung	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ <input type="checkbox"/> Bezug von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ <input type="checkbox"/> Bezug von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ <input type="checkbox"/> Bezug von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ <input type="checkbox"/> Bezug von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <input type="checkbox"/> Nein
Kostenaufwändige Ernährung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Unabweisbarer, laufender besonderer Bedarf	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
SICHTVERMERK NUR VOM JOBCENTER AUS- ZUFÜLLEN (Namenskürzel)	<input type="checkbox"/> Mutterpass	<input type="checkbox"/> Mutterpass	<input type="checkbox"/> Mutterpass	<input type="checkbox"/> Mutterpass

III. Leistungen für Unterkunft und Heizung § 22 SGB II	
Aufwendungen für Unterkunft und Heizung	<input type="checkbox"/> Fallen nicht an (Es sind unter Abschnitt III. keine weiteren Angaben erforderlich. Bitte weiter bei Abschnitt IV.) <input type="checkbox"/> Fallen an <input type="checkbox"/> als Mieter*in/Untermieter*in <input type="checkbox"/> als Eigentümer*in <input type="checkbox"/> als Gebührenschnuldner*in (Gemeinschaftsunterkunft/Notunterkunft) <input type="checkbox"/> als _____
Änderung der Kosten	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte füllen Sie Abschnitt III. weiter aus) <input type="checkbox"/> Nein (Es sind unter Abschnitt III. keine weiteren Angaben erforderlich. Bitte weiter bei Abschnitt IV.)
Allgemeine Angaben zur Unterkunft	Eingezogen am: _____ Wohnungsfläche: _____ Baujahr: _____ Anzahl der Bewohner*innen: _____; davon _____ Personen, die nicht zur Bedarfsgemeinschaft gehören (Wohngemeinschaft) Anzahl der Räume: _____; davon _____ Wohnräume, _____ Küchen, _____ Bäder Teile der Unterkunft sind untervermietet: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ Wohnräume mit _____ qm zum Preis von _____ EUR
	Heizart: <input type="checkbox"/> Heizöl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> _____ Ich beschaffe die Brennstoffe selbst: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Die Warmwasseraufbereitung erfolgt: <input type="checkbox"/> zentral (Abrechnung erfolgt über die Heizkosten) <input type="checkbox"/> dezentral (Abrechnung erfolgt <u>nicht</u> über die Heizkosten) mit _____
	Grundmiete _____ EUR <input type="checkbox"/> Garage/Stellplatz _____ EUR <input type="checkbox"/> kalte Nebenkosten _____ EUR Es ist eine Pauschale (keine Abrechnung) vereinbart <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Haushaltsstromkosten _____ EUR (nur falls in kalten Nebenkosten enthalten) <input type="checkbox"/> Heizkostenvorauszahlung _____ EUR Zahlung erfolgt direkt an ein Versorgungsunternehmen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> sonstige Kosten _____ EUR <u>Gesamte Kosten der Unterkunft</u> _____ EUR
	Ich und/oder ein anderes Mitglied der Bedarfsgemeinschaft bin/ist mit dem/der Vermieter*in verwandt oder verschwägert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ (Verwandtschaftsverhältnis)

IV. Einkommensverhältnisse § 11 SGB II

	Antragsteller*in	Ehe-/Lebenspartner*in oder 2. Person	3. Person	4. Person
Einkommen aus Erwerbstätigkeit				
Einkommen (Gewinn) aus selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja (Anlage EKS) _____ Std./Woche <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Anlage EKS) _____ Std./Woche <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Anlage EKS) _____ Std./Woche <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Anlage EKS) _____ Std./Woche <input type="checkbox"/> Nein
Einkommen (netto) aus unselbstständiger Tätigkeit (1)	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat _____ Std./Woche <input type="checkbox"/> Nein			
Einkommen (netto) aus unselbstständiger Tätigkeit (2)	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat _____ Std./Woche <input type="checkbox"/> Nein			
Einkommen aus ehrenamtlicher Tätigkeit (§ 3 Nr. 12, 26, 26a oder 26b EStG, z.B. Übungsleiter*in, Ausbilder*in)	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat _____ Std./Woche <input type="checkbox"/> Nein			
Lohnersatzleistungen/Sonstige Sozialleistungen				
Arbeitslosengeld I (Bundesagentur für Arbeit)	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Tag <input type="checkbox"/> Nein			
Sonstige Lohnersatzleistungen (z.B. Kranken-, Übergangsgeld)	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Tag <input type="checkbox"/> Nein			
Kindergeld	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein			
Elterngeld	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein			
Kinderzuschlag	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein			
Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein			
BAföG/Berufs-ausbildungsbeihilfe	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein			
Wohngeld	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein			
Unterhaltsleistungen				
Unterhalt (z.B. Ehegatten-, Kindesunterhalt)	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein			

IV. Einkommensverhältnisse § 11 SGB II - Fortsetzung				
Renten- und Versorgungsbezüge				
Altersrente/ Berufsunfähigkeitsrente/ Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein			
Witwen/r-/Waisenrente/ Sonstige Renten	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein			
Sonstige Einkünfte				
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein			
Kapitalerträge (Zinsen, Dividenden)	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Jahr <input type="checkbox"/> Nein			
Weiteres Einkommen _____	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein			

V. Vom Einkommen absetzbare Beträge § 11b SGB II				
	Antragsteller*in	Ehe-/Lebenspartner*in oder 2. Person	3. Person	4. Person
Gesetzliche vorgeschriebene Versicherungen				
<small>(Für private Versicherungen, die dem Grunde und der Höhe nach angemessen sind und nicht zu den unten genannten Versicherungen gehören (z. B. Haftpflicht, Hausrat), werden vom Einkommen monatlich pauschal 30,00 Euro abgesetzt. Zum Erhalt dieser Pauschale brauchen Sie daher keine Angaben zu machen oder Nachweise vorzulegen.)</small>				
Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung (ohne Teilkasko, Vollkasko, Schutzbrief)	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Jahr <input type="checkbox"/> Nein			
Weitere gesetzliche Pflichtversicherung (Haftpflichtversicherung für bestimmte Berufsgruppen wie Rechtsanwälte oder Hebammen)	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Jahr Art _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Jahr Art _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Jahr Art _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Jahr Art _____ <input type="checkbox"/> Nein
Aufwendungen zur Erfüllung gesetzlicher Unterhaltsverpflichtungen				
Unterhaltstitel	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Gerichtsurteil vom _____ <input type="checkbox"/> Jugendamtsurkunde vom _____ <input type="checkbox"/> notariell beurkundete Unterhaltsvereinbarung vom _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Gerichtsurteil vom _____ <input type="checkbox"/> Jugendamtsurkunde vom _____ <input type="checkbox"/> notariell beurkundete Unterhaltsvereinbarung vom _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Gerichtsurteil vom _____ <input type="checkbox"/> Jugendamtsurkunde vom _____ <input type="checkbox"/> notariell beurkundete Unterhaltsvereinbarung vom _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Gerichtsurteil vom _____ <input type="checkbox"/> Jugendamtsurkunde vom _____ <input type="checkbox"/> notariell beurkundete Unterhaltsvereinbarung vom _____

V. Vom Einkommen absetzbare Beträge § 11b SGB II - Fortsetzung				
Beiträge zur geförderten Altersvorsorge nach § 82 Einkommensteuergesetz				
Geförderter Altersvorsorgevertrag nach § 82 Einkommensteuergesetz (z.B. Riesterrente)	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Anzahl zulagenberechtigter Kinder _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Anzahl zulagenberechtigter Kinder _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Anzahl zulagenberechtigter Kinder _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Anzahl zulagenberechtigter Kinder _____ <input type="checkbox"/> Nein
Mit der Erzielung des Einkommens verbundene notwendige Ausgaben				
Fahrtkosten vom Wohnort zur Arbeitsstätte	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> selbstgenutztes Kfz Anschrift der Arbeitsstätte _____ Entfernung zur Arbeitsstätte _____ Kilometer Anzahl der Arbeitstage _____ Tage/Woche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> selbstgenutztes Kfz Anschrift der Arbeitsstätte _____ Entfernung zur Arbeitsstätte _____ Kilometer Anzahl der Arbeitstage _____ Tage/Woche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> selbstgenutztes Kfz Anschrift der Arbeitsstätte _____ Entfernung zur Arbeitsstätte _____ Kilometer Anzahl der Arbeitstage _____ Tage/Woche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> selbstgenutztes Kfz Anschrift der Arbeitsstätte _____ Entfernung zur Arbeitsstätte _____ Kilometer Anzahl der Arbeitstage _____ Tage/Woche
Sonstiges (z.B. Berufskleidung, doppelte Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Art _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Art _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Art _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Art _____ <input type="checkbox"/> Nein

VI. Ansprüche gegenüber Dritten				
Es bestehen nicht abschließend geklärte Ansprüche gegen Dritte	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus)
Anwaltliche Vertretung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vertreten durch _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vertreten durch _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vertreten durch _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vertreten durch _____
Ansprüche gegenüber Unterhaltspflichtigen Angehörigen außerhalb der Bedarfsgemeinschaft § 33 Abs. 1, 2 SGB II				
Dauerhafte Trennung/ Scheidung von Ehegattin/ Ehegatten bzw. dauerhafte Trennung von eingetragener Lebenspartner*in/dem eingetragenen Lebenspartner oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 1)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 1)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 1)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 1)
Schwangerschaft oder Betreuung eines nichtehelichen Kindes unter 3 Jahren	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 2)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 2)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 2)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 2)

VI. Ansprüche gegenüber Dritten - Fortsetzung

Ansprüche gegenüber Unterhaltspflichtigen Angehörigen außerhalb der Bedarfsgemeinschaft § 33 Abs. 1, 2 SGB II

Minderjährig oder zwischen 18 und 24 Jahre alt und in Schul- oder Berufsausbildung/Aufnahme der Ausbildung steht kurz bevor	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 4)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 3)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 3)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 3)
---	---	---	---	---

Ansprüche gegenüber Arbeitgebern, Sozialleistungsträgern und Schadensersatzpflichtigen § 33 Abs. 1, 4 SGB II i.V.m. §§ 115, 116 SGB X; §§ 102 ff SGBX

Gegenüber einem Arbeitgeber*in (z.B. offene Lohnforderungen, Abfindungen, wg. Kündigungsschutzklage)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für den Zeitraum _____ Name des Arbeitgebers _____ Anschrift des Arbeitgebers _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für den Zeitraum _____ Name des Arbeitgebers _____ Anschrift des Arbeitgebers _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für den Zeitraum _____ Name des Arbeitgebers _____ Anschrift des Arbeitgebers _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für den Zeitraum _____ Name des Arbeitgebers _____ Anschrift des Arbeitgebers _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____
Gegenüber Dritten (z.B. wg. Unfall, Krankheiten, Körperverletzung)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegenüber _____ Anschrift _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegenüber _____ Anschrift _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegenüber _____ Anschrift _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegenüber _____ Anschrift _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____
Gegenüber anderen Leistungsträgern	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Antrag gestellt auf <input type="checkbox"/> Kindergeld am _____ <input type="checkbox"/> Rente am _____ <input type="checkbox"/> Krankengeld am _____ <input type="checkbox"/> Wohngeld am _____ <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag am _____ <input type="checkbox"/> Elterngeld am _____ <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I am _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ am _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Antrag gestellt auf <input type="checkbox"/> Kindergeld am _____ <input type="checkbox"/> Rente am _____ <input type="checkbox"/> Krankengeld am _____ <input type="checkbox"/> Wohngeld am _____ <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag am _____ <input type="checkbox"/> Elterngeld am _____ <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I am _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ am _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Antrag gestellt auf <input type="checkbox"/> Kindergeld am _____ <input type="checkbox"/> Rente am _____ <input type="checkbox"/> Krankengeld am _____ <input type="checkbox"/> Wohngeld am _____ <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag am _____ <input type="checkbox"/> Elterngeld am _____ <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I am _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ am _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Antrag gestellt auf <input type="checkbox"/> Kindergeld am _____ <input type="checkbox"/> Rente am _____ <input type="checkbox"/> Krankengeld am _____ <input type="checkbox"/> Wohngeld am _____ <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag am _____ <input type="checkbox"/> Elterngeld am _____ <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I am _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ am _____

Hinweis: Für jedes Mitglied Ihrer Bedarfsgemeinschaft kann ein Abrufersuchen gegenüber dem Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) gestellt werden, um die Einkommens- und Vermögensverhältnisse Ihrer Bedarfsgemeinschaft zu klären (§ 93 Absatz 8 und 9 der Abgabenordnung). Das BZSt übermittelt die Kontenstammdaten Ihrer Konten und bei Vorliegen eines konkreten Verdachts - ggf. auch der Konten Dritter, bei denen Sie als verfügungsberechtigte oder wirtschaftlich berechtigte Person im Sinne des § 1 Absatz 6 des Geldwäschegesetzes angegeben sind (unter anderem Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers*, Geburtsdatum, IBAN und Verfügungsberechtigung). Dies betrifft Konten, die nicht länger als drei Jahre aufgelöst sind.

VII. Vermögensverhältnisse § 12 SGB II

	Antragsteller*in	Ehe-/Lebenspartner*in oder 2. Person	3. Person	4. Person
Bargeld	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro <input type="checkbox"/> Nein			
Girokonto 1	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Kreditinstitut				
Kontonummer				
Stand in EURO				
Girokonto 2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Kreditinstitut				
Kontonummer				
Stand in EURO				
Cyberwallet 1	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Plattform (z.B. PayPal)				
Stand in EURO				
Cyberwallet 2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Plattform (z.B. Bitcoin)				
Stand in EURO				
Kreditkarte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Kreditinstitut				
Stand in EURO				
Sparguthaben 1	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Kreditinstitut				
Kontonummer				
Stand in EURO				
Sparguthaben 2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Kreditinstitut				
Kontonummer				
Stand in EURO				
Bausparvertrag 1	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Bausparkasse				
Bausparnummer				
Bausparguthaben in EURO				
Bausparvertrag 2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Bausparkasse				
Bausparnummer				
Bausparguthaben in EURO				
Kapitalbildende Lebens-/ Rentenversicherung 1	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Versicherungsgesellschaft				
Versicherungsnummer				
Verwertungsausschluss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Summe der Einzahlungen				
Rückkaufswert in EURO				

VII. Vermögensverhältnisse § 12 SGB II - Fortsetzung

Kapitalbildende Lebens-/Rentenversicherung 2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Versicherungsgesellschaft				
Versicherungsnummer				
Verwertungsausschluss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Summe der Einzahlungen				
Rückkaufswert in EURO				
Sonstige kapitalbildende Versicherung (auch mit Prämienrückgewähr) 1	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Versicherungsgesellschaft				
Versicherungsnummer				
Summe der Einzahlungen				
Rückkaufswert in EURO				
Sonstige kapitalbildende Versicherung (auch mit Prämienrückgewähr) 2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Versicherungsgesellschaft				
Versicherungsnummer				
Summe der Einzahlungen				
Rückkaufswert in EURO				
Wertpapiere (Aktien, Fonds, Anleihen o.ä.) 1	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Depotführendes Institut				
Stand in EURO				
Wertpapiere (Aktien, Fonds, Anleihen o.ä.) 2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Depotführendes Institut				
Stand in EURO				
Geförderter Altersvorsorgevertrag nach § 82 Einkommensteuergesetz (z.B. Riesterrente)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Versicherungsgesellschaft				
Versicherungs-Nummer				
Kraftfahrzeug 1	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Fabrikat/Modell, Erstzulassung (Monat, Jahr)				
Kennzeichen				
Kilometerstand				
Geschätzter Wert in EURO				
Bestehende Kreditverbindlichkeiten in EURO				
Kraftfahrzeug 2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Fabrikat/Modell, Erstzulassung (Monat, Jahr)				
Kennzeichen				
Kilometerstand				
Geschätzter Wert in EURO				
Bestehende Kreditverbindlichkeiten in EURO				

XI. Einwilligungserklärung(en) – Unterschrift(en)

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt – Wichtige Informationen"). 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 verarbeitet.

Personen, die Leistungen nach dem SGB II beantragen oder erhalten, sind mitwirkungspflichtig. Das bedeutet, dass alle Angaben im Antrag richtig und vollständig sein müssen und Änderungen, die nach der Antragstellung eintreten und sich auf die Leistungen auswirken können (z. B. Arbeitsaufnahme, Umzug), dem Jobcenter Landkreis Würzburg unverzüglich mitzuteilen sind. 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. Die/der Vertreterin/Vertreter* der Bedarfsgemeinschaft muss beim Ausfüllen des Antrages alle Mitglieder einbeziehen und die wesentlichen sowie die sie betreffenden Angaben mit ihnen abstimmen. Außerdem muss die/der Vertreter*in sicherstellen, dass alle Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide, Anforderungsschreiben bzgl. Unterlagen) erhalten.

Ein Verstoß 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 (z. B. Arbeitsentgelte, Kapitalerträge, Renten). Verschwiegene Einkommen und Vermögen werden daher regelmäßig nachträglich bekannt.

 Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben wahr und vollständig sind. Mit der Verarbeitung der für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten bin ich einverstanden.

_____		_____	
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller*in od. Gesetzliche(r) Vertreter*in (falls Antragsteller*in mj.)	Ort, Datum	Unterschrift Ehe-/Lebenspartner*in

_____		_____	
Ort, Datum	Unterschrift weiteres Mitglied der Bedarfsgemeinschaft über 18 Jahren	Ort, Datum	Unterschrift weiteres Mitglied der Bedarfsgemeinschaft über 18 Jahren

Nur bei Ergänzungen, Streichungen oder Änderungen der Angaben durch den/die Leistungsrechner*in während der persönlichen Vorsprache:

 Ich bestätige die Richtigkeit der durch die/den Leistungsrechner*in des Jobcenter - Landkreis Würzburg während der Antragsannahme in roter Farbe vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen.

_____		_____	
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller*in od. Gesetzliche(r) Vertreter*in (falls Antragsteller*in mj.)	Ort, Datum	Unterschrift Ehe-/Lebenspartner*in

_____		_____	
Ort, Datum	Unterschrift weiteres Mitglied der Bedarfsgemeinschaft über 18 Jahren	Ort, Datum	Unterschrift weiteres Mitglied der Bedarfsgemeinschaft über 18 Jahren

Wichtiger Hinweis:

Vorlage von Kontoauszügen - Recht auf Schwärzungen bei Ausgaben

Das Jobcenter Landkreis Würzburg fordert von Ihnen bei der erstmaligen Beantragung von SGB II Leistungen bzw. bei Folgeanträgen Kontoauszüge an, um Ihre Hilfebedürftigkeit i. S. d. § 9 Abs. 1 SGB II zu prüfen. Hierzu sind grundsätzlich die Kontoauszüge der letzten 3 Monate vollständig vorzulegen (BSG Az. B15 As 45/07 R vom 19.09.2008 und BSG Az. B4 AS 10/08R vom 19.02.2009).

Sie haben jedoch das Recht, Schwärzungen auf den vorzulegenden Kontoauszügen vorzunehmen. Schwärzungen sind hierbei jedoch nur auf der Ausgabenseite zulässig. **Einnahmen müssen vollständig ersichtlich sein**, bei diesen ist keine Schwärzung zulässig.

Auf der Ausgabenseite haben Sie die Möglichkeit der Schwärzung derjenigen Überweisungen, die Rückschlüsse auf besondere Kategorien personenbezogener Daten (Art. 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung) geben. Dies sind Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, ferner genetische Daten, biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten sowie Daten zum Sexualleben oder sexuellen Orientierung einer natürlichen Person. **Nach der Schwärzung müssen Texte wie Mitgliedsbeitrag, Zuwendung oder Spende sowie die Höhe der Überweisung jedoch als grundsätzlicher Geschäftsvorgang erkennbar bleiben.**

✍ Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass von mir vorgelegte ungeschwärzte Kontoauszüge im Rahmen der Prüfung meines SGB II-Anspruches durch das Jobcenter für den neuen Bewilligungszeitraum verarbeitet werden und diese ungeschwärzt zu meinen Akten genommen werden dürfen.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt davon unberührt.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller*in od. Gesetzliche(r) Vertreter*in (falls Antragsteller*in mj.)	Ort, Datum	Unterschrift Ehe-/ Lebenspartner*in
------------	---	------------	--

Ort, Datum	Unterschrift weiteres Mitglied der Be- darfsgemeinschaft über 18 Jahren	Ort, Datum	Unterschrift weiteres Mitglied der Be- darfsgemeinschaft über 18 Jahren
------------	--	------------	--

Datenschutzrechtliche Hinweise:

Die aktuellen Datenschutzhinweise im Zusammenhang mit der Beantragung von SGB II Leistungen beim Jobcenter Landkreis Würzburg (Art. 13 DSGVO) sind unter www.landkreis-wuerzburg.de/Auf_einen_Klick/Formulare/ im Bereich des Jobcenters für Sie abrufbar.

Darüber hinaus liegen diese auch im Bereich der Infostelle des Jobcenters (Wartebereich vor Raum 1.01) für Sie aus.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: www.landkreis-wuerzburg.de/Datenschutz