

Hauptantrag HA

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

Antrag wurde begonnen am:

Antrag wurde abgeschlossen:

Der Antrag gilt ab dem:

1. Meine persönlichen Daten

1.1 Allgemein

Anrede	Vorname	Familienname
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort, Ortsteil	
Geburtsdatum	Kundennummer Agentur für Arbeit (falls vorhanden)	
Angaben zum Aufenthaltsstatus		Aufenthaltsstatus gültig bis:
Geburtsname		Staatsangehörigkeit
Geburtsland		Geburtsort
Rentenversicherungsnummer		Steuer-ID
Telefonnummer		E-Mail-Adresse

1.2 Familienstand

ledig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	verheiratet seit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
geschieden seit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	aufgehoben seit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	getrennt lebend seit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

1.3 Persönliche Angaben

Die Deutsche Rentenversicherung hat die Erwerbsunfähigkeit festgestellt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin Schülerin/Schüler . (voraussichtliches) Ende der Schulausbildung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sie können diesen Antrag auch ganz einfach online ausfüllen und einreichen, folgen Sie dafür einfach dem QR-Code =>
Weitere Informationen erhalten Sie unter:
www.jobcenter-lahn-dill.de



Ich bin Studentin/Student . (voraussichtliches) Ende des Studiums	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin Auszubildende/Auszubildender . (voraussichtliches) Ende der Ausbildung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Altenheim). Art der stationären Einrichtung (voraussichtliches) Ende der Unterbringung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer Justizvollzugsanstalt . (voraussichtliches) Ende der Unterbringung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2. Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privatversichert <input type="checkbox"/> nichtversichert	Grund wenn nicht versichert
Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse
	Krankenversicherternummer
Beitragshöhe Krankenversicherung in Euro	Beitragshöhe Pflegeversicherung in Euro
	Beitragshöhe Basistarif in Euro
Bankdaten der Versicherung	

3. Prüfung eines Mehrbedarfs

Ich bin schwanger . (voraussichtlicher) Entbindungstermin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich benötige aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung .	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe eine Behinderung und erhalte <ul style="list-style-type: none"> • Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) oder • sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes oder • Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII. 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin nicht erwerbsfähig und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G oder aG .	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



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).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

4. Vorrangige Ansprüche

4.1 Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung

von	bis	Art der Tätigkeit
von	bis	Art der Tätigkeit
von	bis	Art der Tätigkeit
von	bis	Art der Tätigkeit
von	bis	Art der Tätigkeit
habe ich Wehr- oder Ersatzdienst geleistet.		
habe ich Angehörige gepflegt (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch)		

4.2 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	Grund
Klage bereits eingereicht?	
Gericht	Aktenzeichen

4.3 Ansprüche gegenüber Dritten

Ich habe einen Anspruch gegenüber Dritten (z. B. aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen).

Bezeichnung des Anspruchs	Höhe (€)
Person gegen die der Anspruch erhoben wird	



Für mich wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben.	Angaben zum Verpflichtungsgeber
Ich bin schwanger oder betreue ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren und kann deshalb nicht arbeiten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin <ul style="list-style-type: none"> • unter 18 Jahre alt oder • zwischen 18 und 24 Jahre alt und mache eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen. Mindestens ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe einen gesundheitlichen Schaden erlitten. Ich bin deshalb hilfebedürftig geworden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich lebe getrennt von der Ehegattin/dem Ehegatten bzw. der eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerin/dem eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich war bereits verheiratet und diese Ehe wurde geschieden bzw. diese eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4.4 Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen

Ich habe schon andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld, Rente, Kindergeld) beantragt oder beabsichtigt, einen Antrag zu stellen.

Leistungsart	Sozialleistungsträger/Familienkasse
Die Leistung	

5. Personen in meiner Bedarfsgemeinschaft

Anzahl der weiteren Personen in meiner Bedarfsgemeinschaft:	
-------------------------------------------------------------	--

6. Einkommen

Ich erziele Einkommen und/oder übe eine selbstständige Tätigkeit (auch in der Land- und Forstwirtschaft) aus.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

7. Vereinfachte Vermögensprüfung aufgrund § 67 Abs. 2 SGB II

Verfügen Sie oder Ihre Bedarfsgemeinschaft über ein erhebliches Vermögen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

8. Bedarfe für Unterkunft und Heizung

Mir entstehen Bedarfe für Unterkunft und Heizung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------



9. Antragstellung zu einem späteren Zeitpunkt

Ich beantrage Leistungen nach dem SGB II mit Wirkung zum:	
Ich habe das Merkblatt „SGB II – Arbeitslosengeld II/Sozialgeld (Grundsicherung für Arbeitsuchende)“ und die Ausfüllhinweise erhalten und kenne deren Inhalt. Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbstätigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.	
Es wurde eine Betreuerin/ein Betreuer vom Betreuungsgericht/Amtsgericht bestellt.	
durch folgendes Gericht:	durch Beschluss vom:
Aktenzeichen	
Die Betreuung gilt für folgende Lebensbereiche:	

10. Meine Bankverbindung lautet

Kontoinhaberin/Kontoinhaber	Kreditinstitut
IBAN	

11. Einwilligung zur Kontaktaufnahme per E-Mail

Ich gebe meine Einwilligung zur Kontaktaufnahme per E-Mail:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

