

**ANTRAG AUF WEITERBEWILLIGUNG DER LEISTUNGEN ZUR SICHERUNG DES
LEBENSUNTERHALTES NACH DEM ZWEITEN BUCH SOZIALGESETZBUCH (SGB II)
- ARBEITSLOSENGELD II / SOZIALGELD -
- Beachten Sie bitte auch die Ausfüllhinweise -**

BG-Nummer: _____ Team: _____
 Tag der Antragsstellung: _____ Eingegangen am: _____

Ende des laufenden Bewilligungsabschnitts:

1.1 Daten des Antragstellers

Name, Vorname: (ggf. Geburtsname)	_____	Telefonnummer/Handy: _____
E-Mail:	_____	

1.2 Welche Personen gehören zur Bedarfsgemeinschaft?

(Ehegatte, Partner/in, Lebenspartner/in nach dem LPartG, unverheiratete Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres)

Nr.	Name (ggf. Geburtsname)	Vorname	Geburtsdatum
1	siehe 1.1		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Bitte Änderungen angeben, die seit letzter Antragsstellung eingetreten sind. Angaben zu den Einkommensverhältnissen sind immer notwendig.

2. Änderungen zu den persönlichen Daten des/r Antragstellers/in

Hat sich die Wohnanschrift und/oder die Bankverbindung geändert?

Keine Änderungen

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

IBAN:	_____	BIC:	_____
Name der Bank:	_____	Kontoinhaber:	_____

Wenn ja, legen Sie bitte die neue Wohnungsbeschreibung (auszufüllen vom Vermieter) und den neuen Mietvertrag vor

3. Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der Bedarfsgemeinschaft

Haben sich seit der letzten Antragsstellung Änderungen nach den Abschnitten 3 a bis g ergeben?

Keine Änderungen

- a) Änderung des Familienstandes _____
seit _____ Namen _____
- b) Schüler/in
Beginn: _____ Ende: _____ (Tag/Monat/Jahr) Name: _____
Beginn: _____ Ende: _____ (Tag/Monat/Jahr) Name: _____
- c) Student/in
Beginn: _____ Ende: _____ (Tag/Monat/Jahr) Name: _____
Beginn: _____ Ende: _____ (Tag/Monat/Jahr) Name: _____
- d) Berufliche Ausbildung
Beginn: _____ Ende: _____ (Tag/Monat/Jahr) Name: _____
Beginn: _____ Ende: _____ (Tag/Monat/Jahr) Name: _____
- e) Unterbringung in einer stationären Einrichtung *) vom _____ bis _____
Namen _____
- f) Änderung des Aufenthaltsstatus bei Name: _____
Änderung des Aufenthaltsstatus bei Name: _____
- g) Änderung bei der Krankenversicherung oder Rentenversicherung (z.B. Krankenkassenwechsel)
ab _____ Name/n: _____

Legen Sie bitte die entsprechenden **Nachweise** vor.

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen.

4. Erwerbsfähigkeit

Haben sich bei Ihnen oder einer anderen Person in der Bedarfsgemeinschaft Änderungen hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit ergeben (erwerbsfähig ist, wer gesundheitlich in der Lage ist, eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich auszuüben)?

Keine Änderungen

jetzt erwerbsfähig seit _____ Vorname/n _____

nicht mehr erwerbsfähig seit _____ Vorname/n _____

5. Bedarfsgemeinschaft *)

Ist eine oder sind mehrere der Bedarfsgemeinschaft aus- bzw. eingezogen?

Keine Änderungen

Auszug Name, Vorname _____
seit dem _____

Einzug Name, Vorname _____
seit dem _____

Bei **Auszug** einer Person oder mehrerer Personen aus der Bedarfsgemeinschaft legen Sie bitte die **Ummeldung** vor.

Bei **Einzug** einer Person oder mehrerer Personen in die Bedarfsgemeinschaft legen Sie bitte die **Ummeldung** vor und füllen zusätzlich die **Veränderungsmitteilung 2** aus.

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen

6. Angaben für die Prüfung eines Mehrbedarfes

Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, sofern ein Mehrbedarf für Sie oder eine Person in der Bedarfsgemeinschaft jetzt beansprucht wird.

Keine Änderungen

a) Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Geben Sie bitte den Namen der werdenden Mutter und den voraussichtlichen Entbindungstermin an:

Name: _____ Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____ (Tag/Monat/Jahr).

Legen Sie bitte geeignete Nachweise vor (**Mutterpass** oder **Ärztliches Attest**)

b) Sind Sie alleinerziehend?

ja nein

c) Haben Sie oder eine andere Person in Ihrer Bedarfsgemeinschaft (Abschnitt 1.2) eine Behinderung und erhalten Sie folgende Leistungen?

ja nein

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben oder

Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

Geben Sie bitte den Namen an: _____

Legen Sie bitte den **aktuellen Bewilligungsbescheid** vor.

d) Benötigen Sie oder eine andere Person in Ihrer Bedarfsgemeinschaft (Abschnitt 1.2) aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändigere Ernährung

ja nein

Geben Sie bitte den Namen an: _____

Füllen Sie bitte **Anlage MEB** aus.

e) Sind Sie oder eine andere Person in Ihrer Bedarfsgemeinschaft (Abschnitt 1.2) nicht erwerbsfähig und Inhaber eines Ausweises (nach § 69 Abs. 5 SGB IX) mit dem Merkzeichen G?

ja nein

Geben Sie bitte den Namen an: _____

Legen Sie bitte den entsprechenden **amtlichen Ausweis** vor.

f) Besteht bei Ihnen oder einer anderen Person in Ihrer Bedarfsgemeinschaft (Abschnitt 1.2) ein laufender besonderer Bedarf aufgrund eines besonderen Lebensumstands (z. B. Kosten für den Besuch eines außerhalb der Bedarfsgemeinschaft lebenden Elternteils)?

ja nein

Geben Sie bitte den Namen an: _____

Füllen sie bitte **Anlage BEBE** aus.

g) Mit diesem Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes stellen Sie dem Grunde nach auch einen Antrag nach dem Bildungs- und Teilhabepaket (z.B. Klassenfahrt, Mittagsverpflegung in der Schule usw.) für ihr/e Kind/er sowie Eingliederungsleistungen (z.B. Fahrtkosten zum Vorstellungsgespräch) für sich und andere Personen in der Bedarfsgemeinschaft. Sollten Sie die zuvor genannten Leistungen in Anspruch nehmen wollen, teilen Sie uns dies innerhalb des laufenden Bewilligungszeitraums schriftlich mit.

7. Haushaltsgemeinschaft *)

Ist eine oder mehrere Personen Ihrer Haushaltsgemeinschaft aus- bzw. eingezogen?

Keine Änderungen

Name, Vorname	nicht mehr im Haushalt seit (Tag/Monat/Jahr)	neu im Haushalt seit (Tag/Monat/Jahr)

Füllen Sie bitte bei Einzug von Verwandten oder Verschwägerten (z. B. Großeltern, Geschwister, Onkel, Tante, Nefte) **Anlage HG** aus. Bei Einzug von nicht verwandten Personen füllen Sie bitte **Anlage VE** aus.

8. Änderung bei den Kosten für Mietwohnung / Eigenheim und Heizung

Keine Änderungen

- Höhe der Kaltmiete _____ Euro/monatlich
- Höhe der Schuldzinsen ohne Tilgungsraten (Nur bei Eigentum) _____ Euro/monatlich
- Höhe der Heizkosten _____ Euro/monatlich
- Höhe der Nebenkosten _____ Euro/monatlich
- Höhe der sonstigen Wohnkosten _____ Euro/monatlich

Soweit Nebenkosten nicht monatlich fällig sind, erklären wir uns mit der Unterschrift auf der letzten Seite einverstanden, dass diese monatlich mit einem 1/12 des Jahresbetrages zur Verwaltungsvereinfachung bei der Berechnung der Leistungen nach dem SGB II berücksichtigt werden.

Legen Sie bitte die entsprechenden Nachweise (z. B. Mietvertrag/-bescheinigung, Heiz-, Nebenkostenabrechnung) vor.

8.1 Folgende laufende Aufwendungen/ sollen künftig direkt überwiesen werden (z.B. Aufwendungen für die Unterkunftskosten oder Strom):

Legen Sie bitte entsprechende Nachweise über die Bankverbindung und Aktenzeichen/Verwendungszweck vor

9. Angaben zu allen vorhandenen und zu erwartenden Einkommen der Bedarfsgemeinschaft

9.1 Einkommensart

Erwerbseinkommen:

Erwerbseinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit (auch Aushilfstätigkeit/geringfügige Beschäftigung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<u>Name/n:</u>
---	---	----------------

Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
---	---	--

Renten/Pensionen/Betriebsrenten/Ausländische Renten:

Rentenart: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
------------------	---	--

Leistungen der Agentur für Arbeit:

Arbeitslosengeld 1 (Alg 1)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
----------------------------	---	--

Berufsausbildungshilfe (BAB)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
------------------------------	---	--

Insolvenzgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
---------------	---	--

Sonstige Leistungen: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
----------------------------	---	--

Sonstige Einkommen

Krankengeld / Mutterschaftsgeld / Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
---	---	--

Einkünfte aus Vermietung / Verpachtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
--	---	--

Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
---	---	--

Leistungen nach dem SGB XII	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
-----------------------------	---	--

Wohngeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
----------	---	--

Kindergeld / Kinderzuschlag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
-----------------------------	---	--

Unterhalt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
-----------	---	--

Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
---	---	--

Leistungen nach dem BAföG / Meister – BAföG	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
---	---	--

Pflegegeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
------------	---	--

Elterngeld / Betreuungsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
-----------------------------	---	--

Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
---	---	--

Sonstige laufende oder einmalige Einnahmen (z.B. Steuerrückerstattung, Zinsen, Trinkgelder)

_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
-------	---	--

_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
-------	---	--

Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor:

Hinweis: Es sind die vorhandenen und zu erwartenden (z.B. Arbeitsaufnahme oder beantragte Leistungen) Einkommen der gesamten Bedarfsgemeinschaft anzugeben, sowie die Beantragung von Leistungen bei einem anderen Träger. Bei zu erwartenden Einkommen ist auch der voraussichtliche Zeitpunkt des Zuflusses anzugeben

9.2 Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen

(**Hinweis:** Für nicht gesetzlich vorgeschriebene private Versicherungen, die nach Grund und Höhe angemessen sind (z. B. Haftpflicht- und Hausratversicherung), wird vom Einkommen monatlich pauschal ein fester Betrag abgesetzt. Für diese Versicherungen brauchen Sie keinen Nachweis vorzulegen.)

Art der Versicherung	Betrag jährlich	½ - jährlich	¼ - jährlich	monatlich
KFZ – Haftpflichtversicherung (ohne Teil- / Vollkasko)				
Sonstige gesetzlich vorgeschr. Versicherung (z.B. Haftpflichtversicherung für bestimmte Berufsgruppen)				
Geförderte Altersvorsorgebeiträge (z.B. Riesterrente)				
Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V für die gesetzliche Krankenkasse				

Legen Sie bitte **aktuelle Nachweise** vor.

9.3 Berufsbedingte Aufwendungen

Name: _____

Fahrkosten zur Arbeitsstätte

- öffentliche Verkehrsmittel
 Kraftfahrzeug

Fahrkosten _____ Euro
 Einfache Strecke zum Arbeitsplatz _____ km
 Arbeitstage/Woche: _____

Werden Zuschüsse zu den Fahrkosten von Dritten gewährt?

ja nein

Sonstige Aufwendungen durch das Arbeitsverhältnis (z. B. doppelte Haushaltsführung, Verpflegungsmehraufwendungen)

ja nein

Name: _____

Fahrkosten zur Arbeitsstätte

- öffentliche Verkehrsmittel
 Kraftfahrzeug

Fahrkosten _____ Euro
 Einfache Strecke zum Arbeitsplatz _____ km
 Arbeitstage/Woche: _____

Werden Zuschüsse zu den Fahrkosten von Dritten gewährt?

ja nein

Sonstige Aufwendungen durch das Arbeitsverhältnis (z. B. doppelte Haushaltsführung, Verpflegungsmehraufwendungen)

ja nein

Name: _____

Fahrkosten zur Arbeitsstätte

- öffentliche Verkehrsmittel
 Kraftfahrzeug

Fahrkosten _____ Euro
 Einfache Strecke zum Arbeitsplatz _____ km
 Arbeitstage/Woche: _____

Werden Zuschüsse zu den Fahrkosten von Dritten gewährt?

ja nein

Sonstige Aufwendungen durch das Arbeitsverhältnis (z. B. doppelte Haushaltsführung, Verpflegungsmehraufwendungen)

ja nein

Name: _____

Fahrkosten zur Arbeitsstätte

- öffentliche Verkehrsmittel
 Kraftfahrzeug

Fahrkosten _____ Euro
 Einfache Strecke zum Arbeitsplatz _____ km
 Arbeitstage/Woche: _____

Werden Zuschüsse zu den Fahrkosten von Dritten gewährt?

ja nein

Sonstige Aufwendungen durch das Arbeitsverhältnis (z. B. doppelte Haushaltsführung, Verpflegungsmehraufwendungen)

ja nein

Legen Sie bitte **Nachweise** über die **Zuschüsse zu den Fahrkosten, die von Dritten gewährt** werden, sowie **Nachweise** über **sonstigen Aufwendungen** vor.

9.4 Weitere Absetzungsmöglichkeiten

Zahlen Sie oder eine andere Person in Ihrer Bedarfsgemeinschaft einer Person außerhalb der Bedarfsgemeinschaft Unterhalt?

ja nein

Name, Vorname des Unterhaltsberechtigten:

in Höhe von monatlich _____ Euro

Legen Sie bitte einen Nachweis über die **Unterhaltsverpflichtung** (Titel, wie z.B. Beschluss oder ähnliches) und einen Nachweis über die **tatsächliche Zahlung** (Kontoauszug oder ähnliches) vor.

10. Haben sich Änderungen bei den Vermögensverhältnissen ergeben?

Wenn ja legen Sie bitte **Nachweise** über die Veränderung vor.

Keine Änderungen

11. Haben sich Änderungen bei Ansprüchen gegen Dritte ergeben?

Keine Änderungen

11.1 Außerhalb des Haushaltes lebende Unterhaltspflichtige:

(getrennt lebender / geschiedener Ehegatte, Eltern, Kindeseltern, Kindesvater bei Schwangerschaft)

Name	Vorname	Geburtsdatum	Anschrift	Arbeitgeber

11.2 Nur für Unterhaltsansprüche bei getrennt lebenden bzw. geschiedenen Eheleuten:

- a) verheiratet seit _____ getrennt lebend seit _____
geschieden seit _____

Bitte Name und Aktenzeichen des Gerichts angeben:

- b) Wurde ein Ehevertrag geschlossen? ja nein
c) Bestehen vertragliche Regelungen zum Unterhalt? ja nein
d) Wurde ein Rechtsanwalt mit der Durchsetzung der Unterhaltsansprüche beauftragt ja nein
Name und Anschrift des Rechtsanwalts:

- e) Wurde ein Antrag auf Unterhalt bei Gericht gestellt? ja nein
 das Verfahren läuft noch Verfahren ist bereits abgeschlossen

- f) Die Unterhaltsregelung erfolgte durch
 Urteil/Beschluss gerichtlichen Vergleich notariellen Vertrag freie Vereinbarung

Bitte **Unterlagen** vorlegen, ebenso **laufenden Schriftverkehr** und ggf. **Scheidungs- / Unterhaltsurteil / -beschluss**

11.3 Nur für Unterhaltsansprüche von Kindern:

Besteht eine Beistandschaft beim Jugendamt?

ja nein

11.4 Ansprüche gegen Arbeitgeber

Erheben Sie oder erhebt o. g. Person Ansprüche gegen den letzten Arbeitgeber für noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (z. B. bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder gegen einen ehemaligen Arbeitgeber für Zeiten nach dem Ausscheiden (z. B. bei noch ausstehenden Abfindungen)?

ja nein

Name/Anschrift des Arbeitgebers: _____

Grund: _____

Gericht / Aktenzeichen: _____

11.5 Schadensersatzansprüche

- a) Haben Sie oder ein Mitglied Ihrer Bedarfsgemeinschaft einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlichen Behandlungsfehler, tätliche Auseinandersetzung) und sind Sie deshalb hilfebedürftig geworden? *) ja nein

Füllen Sie bitte **Anlage UF** aus.

- b) Haben Sie Ansprüche oder ein Mitglied Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegen Dritte, z. B. vertragliche Zahlungsansprüche, vertragliche Schadensersatzforderungen, Ansprüche aus ungerechtfertigter Bereicherung (§§ 812 ff BGB), Pflichtteilsansprüche gegen Erben (§§ 2303 ff BGB), Rückforderungsansprüche aus Schenkungen (§ 528 Abs. 1 BGB), Ansprüche aus einem Übergabe- oder Altenteilsvertrag, Ansprüche aus einer betrieblichen Altersversorgung, nicht erfüllte vertraglich gesicherte Leibrentenzahlung (§§ 759 - 761 BGB)? ja nein

Geben Sie bitte den **zutreffenden Anspruch** an und legen **entsprechende Nachweise** vor.

12. Der Bescheid soll nicht an mich sondern an folgende Personen zugestellt werden (z.B. Betreuer):

Folgende Anlagen sind dem Hauptantrag beigefügt:

Anlage HG Anlage VE Anlage MEB
EK-Bescheinigung Anlage EKS Anlage BEBE

Da Sie die Leistungen beantragen, wird davon ausgegangen, dass Sie auch die Vertretung Ihrer Bedarfsgemeinschaft übernommen haben. Diese gilt nicht mehr, wenn Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Leistungsträger erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen (§ 38 SGB II). Sollten falsche bzw. unvollständige Angaben gemacht oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitgeteilt werden, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft mit der Erstattung der zu viel gezahlten Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus. Beachten Sie bitte, dass der Leistungsträger 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.

Das Merkblatt "SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)" und die Ausfüllhinweise habe ich erhalten und kenne deren Inhalt. Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Mir ist bekannt, dass das Jobcenter Lahn-Dill personenbezogene Daten verarbeitet. Die Datenschutzinformation ist unter www.jobcenter-lahn-dill.de/de/Datenschutz.html abrufbar. Ich versichere, dass die Angaben im Hauptantrag und den beigefügten Anlagen zutreffend sind. (Es werden die Unterschriften aller volljährigen Personen der Bedarfsgemeinschaft benötigt)

Ort/Datum	Unterschrift des Antragssteller/in	Ort/Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller
Ort/Datum	Unterschrift des/der Partners/in	Ort/Datum	Unterschrift des volljährigen Kindes in der Bedarfsgemeinschaft
Ort/Datum	Unterschrift des volljährigen Kindes in der Bedarfsgemeinschaft	Ort/Datum	Unterschrift des volljährigen Kindes in der Bedarfsgemeinschaft
Ort/Datum	Unterschrift des volljährigen Kindes in der Bedarfsgemeinschaft		

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten: _____

Ort/Datum	Unterschrift	Ort/Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller
-----------	--------------	-----------	--

Ist eine Betreuerin/ein Betreuer/Beistand vom Vormundschaftsgericht bzw. Jugendamt bestellt?

ja nein

Wenn ja, durch _____

AZ _____

Bitte Nachweise vorlegen.

Ort/Datum

Unterschrift Betreuerin/Betreuer/Beistand