

Hauptantrag

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



Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.



Reichen Sie bitte grundsätzlich
keine Originalbelege, sondern
Kopien ein.



Hier finden Sie ein Video, das Ihnen beim
Ausfüllen hilft. Unter
erhalten Sie Informationen zu unseren
digitalen Angeboten, das Merkblatt SGB II
und Formulare.



Weitere Informationen finden Sie
zu der jeweiligen Nummer in den
Ausfüllhinweisen.

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt SGB II"). 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 erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
► Bitte tragen Sie hier das Datum Ihrer Einreise nach Deutschland ein, sofern Sie keine deutsche Staatsangehörigkeit haben. Einreisedatum	
Rentenversicherungsnummer ☐	☐ Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt.
Straße, Hausnummer	
gegebenenfalls wohnhaft bei	
Postleitzahl	Wohnort
► Die Angaben zur Telefonnummer und zur E-Mail-Adresse sind freiwillig. ☐	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

2. Antragstellung ☐

☐ ab sofort
☐ ab einem späteren Zeitpunkt: _____

3. Mein Familienstand und meine Wohnsituation

3.1 Mein Familienstand

☐ ledig	☐ verheiratet	☐ verwitwet	☐ eingetragene Lebenspartnerschaft
☐ dauernd getrennt lebend seit: _____			
☐ geschieden seit: _____			
☐ aufgehobene Lebenspartnerschaft seit: _____			



2

HA

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Tag der Antragstellung

Kundennummer

Nummer der Bedarfsgemeinschaft

Dienststelle Team

Antragstellerin/Antragsteller hat sich
ausgewiesen durch

- ☐ Personalausweis
☐ Reisepass
☐ sonstiges Ausweispapier (zum
Beispiel elektronischer
Aufenthaltstitel):

Gültig bis

AZR-Nummer

Personenkennnummer (bei
rumänischen und bulgarischen
Staatsangehörigen)

Daten in STEP geprüft am

Antrag vollständig am

Statistische Erfassung am

Handzeichen, Datum

Kassenvermerke

Festgestellt, Handzeichen, Datum

Angeordnet, Handzeichen, Datum

3.2 Meine Wohnsituation

- Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, welche Personen zur Bedarfsgemeinschaft, Haushaltsgemeinschaft oder Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft gehören. ☐ ☐ ☐

☐ **Ich wohne allein**

- Leben Sie allein, sind unter 3.2 keine weiteren Angaben erforderlich. Bitte weiter bei Abschnitt 3.3.

☐ **Ich wohne zusammen mit:** ☐

- Da Sie die Leistungen beantragen, wird davon ausgegangen, dass Sie auch die Vertretung Ihrer Bedarfsgemeinschaft übernommen haben. Dies gilt nicht, wenn über 15-jährige Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Jobcenter erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen, zum Beispiel durch eine eigene Antragstellung (§ 38 SGB II). Zu den nicht vertretenen Personen sind hier keine Angaben erforderlich.

- Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

☐ meiner Ehegattin/meinem Ehegatten

- Bitte füllen Sie die _____ aus.

☐ meiner eingetragenen Lebenspartnerin/meinem eingetragenen Lebenspartner

- Bitte füllen Sie die _____ aus.

☐ meiner Partnerin/meinem Partner in einer Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft ("eheähnliche Gemeinschaft")

- Bitte füllen Sie die _____ aus.

☐ _____ unverheirateten Kind(ern) zwischen 15 Jahren und 24 Jahren

- Bitte füllen Sie für jedes Kind eine eigene _____ aus.

☐ _____ unverheirateten Kind(ern) unter 15 Jahren

- Bitte füllen Sie für jedes Kind eine eigene _____ aus.

☐ meinen Eltern beziehungsweise einem Elternteil

- Sind Sie als Antragstellerin/als Antragsteller unter 25 Jahre alt, füllen Sie bitte für Ihre Eltern jeweils eine _____ aus. Sind Sie 25 Jahre oder älter, füllen Sie bitte für Ihre Eltern jeweils eine _____ aus.

☐ _____ sonstigen Verwandten oder Verschwägerten (zum Beispiel Großeltern, Geschwister über 25 Jahre, verheiratete Kinder, Tanten oder Onkel)

- Bitte füllen Sie für jeden Verwandten/Verschwägerten die _____ aus.

☐ _____ sonstigen Personen (zum Beispiel andere Personen in einer Wohngemeinschaft)

- Gegebenenfalls ist eine Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft zu prüfen. Ihr Jobcenter wird Ihnen mitteilen, ob Sie eine ausfüllen müssen.

3.3 Kosten für Unterkunft und Heizung

☐ **Ich wohne zur Miete seit _____.**

Höhe der tatsächlichen monatlichen Kosten für die Unterkunft

Grundmiete (ohne Nebenkosten)

Nebenkosten (ohne Heizkosten)

Heizkosten

sonstige Wohnkosten ☐

- Bitte legen Sie aktuelle Nachweise (Mietvertrag) mit Angabe der jeweiligen Fälligkeit vor.

- Sollten Sie eine Direktzahlung der Miete an die Vermieterin/den Vermieter wünschen, geben Sie bitte die entsprechenden Zahlungsdaten an.

☐ **Ich wohne im Eigentum.**

Höhe der tatsächlichen monatlichen Kosten für das Eigentum

Schuldzinsen ohne Tilgungsraten ☐

Nebenkosten (ohne Heizkosten) zum Beispiel Grundsteuer, Wasser

Heizkosten und -art (zum Beispiel Strom, Gas)

sonstige Wohnkosten

- Bitte legen Sie aktuelle Nachweise mit Angabe der jeweiligen Fälligkeit vor.

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	
Name des anderen Jobcenters	
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.	
Ich fühle mich gesundheitlich in der Lage, regelmäßig eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. ☐	
Ich bin Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz . ☐ ☐ Ja ☐ Nein	
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)) vor.	
Ich bin Schülerin/Schüler, Studentin/Student oder Auszubildende/Auszubildender . ☐ ☐ Ja ☐ Nein	
Dauer der Schulausbildung von - bis	▶ Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (zum Beispiel Schulbescheinigung) vor.
Dauer des Studiums von - bis	▶ Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (zum Beispiel Immatrikulationsbescheinigung) vor.
Dauer der Ausbildung von - bis	▶ Falls ja, legen Sie bitte den Ausbildungsvertrag vor.
☐ 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. ☐	
▶ Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise vor.	
Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (zum Beispiel Krankenhaus, ☐ Ja ☐ Nein Altenheim, Justizvollzugsanstalt). ☐	
Dauer der Unterbringung von - bis	Art der stationären Einrichtung
▶ Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und die Dauer vor.	

5. Prüfung eines Mehrbedarfs

▶ Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

☐ Ich bin alleinerziehend .
☐ Ich bin schwanger . ☐
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.
☐ Ich habe einen Mehrbedarf für die dezentrale Warmwassererzeugung (zum Beispiel Durchlauferhitzer/Boiler). ☐
☐ Ich benötige aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung . ☐
▶ Bitte füllen Sie die aus.
☐ Ich habe eine Behinderung und erhalte ☐
• 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.
▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Bescheid vor.
☐ Ich bin nicht erwerbsfähig und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Absatz 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G oder aG . ☐
▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis (zum Beispiel Schwerbehindertenausweis) vor.
☐ Ich habe einen unabweisbaren besonderen Bedarf , den ich nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (zum Beispiel Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern). ☐
▶ Bitte füllen Sie die aus.
☐ Ich bin Schülerin/Schüler und habe Kosten für Schulbücher/Arbeitshefte . ☐
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

6. Einkommen und Vermögen ○ ○

► Zur Prüfung Ihrer Einkommensverhältnisse füllen Sie bitte die _____ aus. Bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit füllen Sie bitte zusätzlich die _____ aus.

► Bei einer Antragstellung ist grundsätzlich die Vorlage von Kontoauszügen erforderlich. Bitte legen Sie daher Kontoauszüge der letzten drei Monaten vor. ○

Meine Bedarfsgemeinschaft verfügt über erhebliches Vermögen

☐ Ja ☐ Nein

► Erheblich ist kurzfristig für den Lebensunterhalt verwertbares Vermögen der Antragstellerin/des Antragstellers über 60.000 Euro sowie über 30.000 Euro für jede weitere Person in der Bedarfsgemeinschaft. Beispiele: Barmittel, Sparguthaben, Tagesgelder, Wertpapiersparpläne und -depots. Nicht in die Erheblichkeitsprüfung einzubeziehen sind Vermögensgegenstände, die nicht frei verfügbar sind. Dazu gehören insbesondere selbstgenutzte Wohnimmobilien und **typische** Altersvorsorgeprodukte wie Kapitallebens- oder -rentenversicherungen. Sollte bei Ihnen erhebliches Vermögen vorliegen, füllen Sie bitte die _____ aus.

► Wenn Sie erhebliches Vermögen haben und derzeit eine selbständige Tätigkeit ausüben oder in Ihrem Berufsleben bereits ausgeübt haben, sind noch folgende Angaben erforderlich:

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

7. Meine Lebenssituation

7.1 Vorrangige Leistungen ○

► Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf andere Leistungen oder gegenüber Dritten bestehen könnte.

► Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

In den letzten 5 Jahren ○

☐ war ich **beschäftigt**.

von - bis

Arbeitgeber

☐ sozialversicherungspflichtig

☐ Minijob

von - bis

Arbeitgeber

☐ sozialversicherungspflichtig

☐ Minijob

☐ war ich **selbständig** tätig.

von - bis

Art der Tätigkeit

☐ habe ich einen **Wehrdienst oder freiwilligen Dienst** geleistet (zum Beispiel Freiwilliges Soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst).

☐ habe ich **Angehörige gepflegt** (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch).

☐ habe ich **Entgeltersatzleistungen** erhalten (zum Beispiel Krankengeld, Arbeitslosengeld, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Elterngeld).

von - bis

Leistung

von - bis

Leistung

☐ trifft keiner dieser Punkte auf mich zu. Ich habe meinen **Lebensunterhalt wie folgt bestritten** (zum Beispiel finanzielle Unterstützung durch Verwandte/Bekannte, Ersparnisse, Erbschaft):

7.2 Ansprüche gegenüber Dritten ○

☐ Ich habe schon andere Leistungen **beantragt** oder **beabsichtige, einen Antrag zu stellen**. Dazu zählen beispielsweise Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG), Berufsausbildungsbeihilfe (BAB), Wohngeld, Arbeitslosengeld, Renten (Alters-, Hinterbliebenen- und Grundrenten), Krankengeld, Kindergeld und Kinderzuschlag. ○

Leistungsart

Antragsdatum

Sozialleistungsträger/Familienkasse

► Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis vor.

☐	Ich erhebe Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (zum Beispiel bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (zum Beispiel bei noch ausstehenden Abfindungen).	
	Arbeitgeber	Anschrift
	Grund	
▶ Bitte legen Sie einen geeigneten Nachweis vor (zum Beispiel Schriftwechsel mit Ihrer Rechtsanwältin/Ihrem Rechtsanwalt oder dem Gericht).		
☐	Ich lebe getrennt von meiner Ehegattin/meinem Ehegatten oder meiner eingetragenen Lebenspartnerin/meinem eingetragenen Lebenspartner.	
	▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.	
☐	Ich bin geschieden oder meine eingetragene Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben.	
	▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.	
☐	Ich bin schwanger oder betreue ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren.	
	▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.	
☐	Ich bin - unter 18 Jahre alt oder - zwischen 18 und 24 Jahre alt und mache eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen und mindestens ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.	
	▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.	
☐	Ich habe einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (zum Beispiel Arbeits-, Verkehrs-, Spiel-, oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung). Ich muss deshalb Leistungen beim Jobcenter beantragen.	
	▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.	
☐	Ich habe einen Anspruch gegenüber Dritten (zum Beispiel aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadenersatzforderungen).	
	Bezeichnung des Anspruchs	
▶ Bitte weisen Sie den Anspruch durch aktuelle Unterlagen nach.		
Für mich wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben. ☒ ☐ Ja ☐ Nein		
▶ Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor.		

8. Kranken- und Pflegeversicherung ☒ ☐

8.1 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	Krankenversichertennummer (falls bekannt)
▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor. Ersatzweise können Sie auch Ihre gültige elektronische Gesundheitskarte vorlegen, diese wird nicht zur Akte genommen.		
☐	einer anderen Krankenkasse	
	Name der Krankenkasse	Krankenversichertennummer (falls bekannt)
▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Krankenkassenwahl vor, wenn Sie die Krankenkasse wechseln. ☐		

8.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

☐ Ich bin **privat** oder **freiwillig gesetzlich** versichert.

► Bitte füllen Sie die , **Abschnitt 3** aus.

☐ Ich bin nicht versichert.

► Bitte füllen Sie die , **Abschnitt 4** aus.

9. 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.

10. Meine Bankverbindung

► Leistungen nach dem SGB II werden in der Regel auf ein Konto überwiesen.

Kontoinhaberin/Kontoinhaber

IBAN

► Die IBAN finden Sie in der Regel auf Ihrem Kontoauszug.

11. Meine eServices ☐

☐ Ich möchte das Online-Angebot auf _____ nutzen und mir ein passwortgeschütztes Benutzerkonto zur Erledigung wichtiger Anliegen (zum Beispiel Mitteilung von Änderungen) einrichten lassen.

Meine Mitwirkungspflichten

Personen, die Leistungen nach dem SGB II beantragen oder erhalten, sind mitwirkungspflichtig.

Das bedeutet, **alle Angaben** im Antrag und in den hierzu eingereichten Anlagen müssen **richtig und vollständig** sein. Änderungen, die nach der Antragstellung eintreten und sich auf die Leistungen auswirken können (zum Beispiel Arbeitsaufnahme, Umzug), sind dem zuständigen Jobcenter **unverzüglich mitzuteilen**. 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**. Sofern zu Ihrer Bedarfsgemeinschaft noch weitere Personen gehören, sollten Sie als Vertreterin/Vertreter beim Ausfüllen des Antrags alle Mitglieder einbeziehen und die wesentlichen sowie die sie betreffenden Angaben mit ihnen abstimmen. Stellen Sie zudem bitte sicher, dass alle Mitglieder alle notwendigen Informationen (zum Beispiel Bescheide) erhalten.

Ein Verstoß gegen die Mitwirkungspflichten 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 (zum Beispiel Arbeitsentgelte, Kapitalerträge, Renten). Verschwiegene Einkommen und Vermögen werden daher regelmäßig nachträglich bekannt.

☐ 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 Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

☐ Es wurde eine Betreuerin/ein Betreuer vom **Betreuungsgericht/Amtsgericht** bestellt.

► Bitte legen Sie einen Nachweis über die Betreuung vor (Bestellungsurkunde oder Ausweis der Betreuerin/des Betreuers).

Ort/Datum

Unterschrift Betreuerin/Betreuer

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Ort/Datum

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller

Bearbeitungsvermerke (Nur vom Jobcenter auszufüllen)

☐ In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum: _____ Unterschrift der Kundin/des Kunden _____

☐ Sonstige Anmerkungen des Jobcenters:

Anlage

für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

– Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte die Anlage KI aus –



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden
Sie zu der jeweiligen Nummer
in den Ausfüllhinweisen

Reichen Sie bitte grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Kopien ein.

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe „Merkblatt SGB II“). 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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.jobcenter.digital.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	Kundennummer (falls vorhanden)

2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf folgende weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

2.1 Persönliche Daten der weiteren Person

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer	Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt.

2.2 Familienstand der weiteren Person

ledig	verheiratet	verwitwet	eingetragene Lebenspartnerschaft
dauernd getrennt lebend seit: _____			
geschieden seit: _____			
aufgehobene Lebenspartnerschaft seit: _____			

2.3 Persönliche Angaben zur weiteren Person

Ich bin mit der weiteren Person verwandt.
Meine Partnerin/mein Partner ist mit der weiteren Person verwandt.
Verwandtschaftsverhältnis



2

WEP

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Kundennummer der weiteren Person

Die weitere Person hat sich ausgewiesen durch:

- ☐ Personalausweis
☐ Reisepass
☐ sonstiges Ausweispapier (z. B. elektronischer Aufenthaltstitel):

Gültig bis

AZR-Nummer der weiteren Person

Personenkennnummer der weiteren Person (bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)

4. Einkommen und Vermögen

- ▶ Zur Prüfung der Einkommensverhältnisse der weiteren Person füllen Sie bitte die **Anlage EK** aus. Bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit füllen Sie bitte **zusätzlich** die **Anlage EKS** aus.
- ▶ Zur Prüfung der Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft füllen Sie bitte die **Anlage VM** aus.
- ▶ Bei einer Antragstellung ist grundsätzlich die Vorlage von Kontoauszügen erforderlich. Bitte legen Sie daher Kontoauszüge der letzten drei Monate vor.

5. Lebenssituation der weiteren Person

5.1 Vorrangige Leistungen

- ▶ Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf andere Leistungen oder gegenüber Dritten bestehen könnte.
- ▶ Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

In den letzten 5 Jahren

war die **weitere Person** beschäftigt.

von - bis	Arbeitgeber	sozialversicherungspflichtig Minijob
-----------	-------------	---

von - bis	Arbeitgeber	sozialversicherungspflichtig Minijob
-----------	-------------	---

war die **weitere Person** **selbständig** tätig.

von - bis	Art der Tätigkeit
-----------	-------------------

hat die **weitere Person** einen **Wehrdienst** oder **freiwilligen Dienst** geleistet (z. B. FSJ, Bundesfreiwilligendienst).

hat die **weitere Person** **Angehörige gepflegt** (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch).

hat die **weitere Person** **Entgeltersatzleistungen** erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Übergangsgeld).

von - bis	Leistung
-----------	----------

trifft keiner der o. g. Punkte auf die **weitere Person** zu. Die weitere Person hat ihren Lebensunterhalt wie **folgt bestritten** (z. B. finanzielle Unterstützung durch Verwandte/ Bekannte, Ersparnisse, Erbschaft):

5.2 Ansprüche gegenüber Dritten

Die **weitere Person** hat schon andere Leistungen (z. B. Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG), Berufsausbildungsbeihilfe (BAB), Wohngeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente, Kindergeld, Kinderzuschlag) **beantragt** oder **beabsichtigt, einen Antrag zu stellen**.

Leistungsart	Antragsdatum
--------------	--------------

Sozialleistungsträger/Familienkasse

- ▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis vor, sofern schon über den Antrag entschieden wurde.

Die **weitere Person** erhebt 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	Anschrift
-------------	-----------

Grund

- ▶ Bitte legen Sie einen geeigneten Nachweis vor (z. B. Schriftwechsel mit Ihrer Rechtsanwältin/Ihrem Rechtsanwalt oder dem Gericht).

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

- ☐ Anlage EK
- ☐ Anlage EKS
- ☐ Anlage VM
- ☐ Kontoauszüge

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Die **weitere Person** lebt getrennt von ihrer Ehegattin/ihrem Ehegatten bzw. ihrer eingetragenen Lebenspartnerin/ihrem eingetragenen Lebenspartner.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH1** aus.

Die **weitere Person** ist geschieden bzw. die eingetragene Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH1** aus.

Die **weitere Person** ist schwanger oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH2** aus.

Die **weitere Person** ist

- unter 18 Jahre alt oder
- zwischen 18 und 24 Jahre alt und macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen

und mindestens ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH3** aus, falls die weitere Person das Kind ist.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH4** aus, falls die weitere Person nicht das Kind ist und Sie mit ihr in einer Partnerschaft leben.

Die **weitere Person** hat einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (z. B. Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung). Die weitere Person muss deshalb Leistungen beim Jobcenter beantragen.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UF** aus.

Die **weitere Person** hat einen Anspruch gegenüber Dritten (z. B. aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen).

Bezeichnung des Anspruchs

► Bitte weisen Sie den Anspruch durch aktuelle Unterlagen nach.

Für die **weitere Person** wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben.

► Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

☐ Anlage UH1

☐ Anlage UH1

☐ Anlage UH2

☐ Anlage UH3

☐ Anlage UH4

☐ Anlage UF

☐

☐

☐

☐

☐ Anlage SV

In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden

6. Kranken- und Pflegeversicherung

6.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Die **weitere Person** ist oder war zuletzt in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflicht- oder familienversichert.

Mit Beginn des Anspruchs auf Arbeitslosengeld II möchte die weitere Person versichert werden bei:

der bisherigen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

Krankenversichertennummer (falls bekannt)

► Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Versicherung der weiteren Person vor. Ersatzweise können Sie auch die gültige elektronische Gesundheitskarte der weiteren Person vorlegen, diese wird nicht zur Akte genommen.

einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

Krankenversichertennummer (falls bekannt)

► Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Krankenkassenwahl vor, wenn die weitere Person die Krankenkasse wechselt.

6.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

Die **weitere Person** ist **privat** oder **freiwillig gesetzlich** versichert.

► Bitte füllen Sie die **Anlage SV, Abschnitt 3** aus

Die **weitere Person** ist **nicht** versichert.

► Bitte füllen Sie die **Anlage SV, Abschnitt 4** aus

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

Anlage

für ein Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden
Sie zu der jeweiligen Nummer
in den Ausfüllhinweisen

Reichen Sie bitte grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Kopien ein.

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe „Merkblatt SGB II“). 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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.jobcenter.digital.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	
Geburtsdatum	
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	Kundennummer (falls vorhanden)

2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf das folgende Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

Vorname	Familienname
Geburtsname (sofern abweichend)	Geschlecht
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer	Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt.

3. Persönliche Angaben

Ich bin mit dem Kind verwandt.	
Meine Partnerin/mein Partner ist mit dem Kind verwandt.	
Verwandtschaftsverhältnis	
Mein Kind lebt regelmäßig wechselseitig in meinem Haushalt und im Haushalt des anderen Elternteils.	
Für das Kind wurden für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen.	Ja Nein
Name des anderen Jobcenters	
► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.	
Das Kind ist Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	Ja Nein
► Legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)) vor.	



2

KI

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Kundennummer des Kindes

Das Kind hat sich ausgewiesen durch

- ☐ Geburtsurkunde
☐ Kinderreisepass
☐ sonstiges Ausweispapier
(z. B. Kinderausweis, elektronischer Aufenthaltstitel):

ggf. gültig bis

AZR-Nummer des Kindes

Personenkennnummer des Kindes
(bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)

☐ _____

☐ _____

Das Kind ist Schülerin/Schüler .	Ja	Nein
Das Kind wurde eingeschult bzw. wird voraussichtlich eingeschult am _____		
▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis über den Einschulungstermin vor.		
Es wurden für das Kind bereits Leistungen für persönliche Schulbedarfe des aktuellen Schuljahres bei einer anderen Stelle beantragt oder von dieser geleistet.	Ja	Nein
▶ Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise vor.		
Das Kind befindet sich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z. B. in einem Krankenhaus).	Ja	Nein
Dauer der Unterbringung von - bis	Art der stationären Einrichtung	
▶ Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und die Dauer vor.		

4. Ansprüche gegenüber Dritten

Ein Elternteil dieses Kindes lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.
▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH3 aus.
Das Kind hat einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (z. B. Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung).
▶ Bitte füllen Sie die Anlage UF aus.
Für das Kind wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben.
▶ Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor.

5. Prüfung eines Mehrbedarfs

▶ Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

Das Kind benötigt aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung .
▶ Bitte füllen Sie die Anlage MEB aus.
Das Kind ist schwanger .
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.
▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH2 aus.
Das Kind hat einen unabweisbaren besonderen Bedarf auf Grund eines besonderen Lebensumstandes.
▶ Bitte füllen Sie die Anlage BB aus.
Das Kind ist Schülerin/Schüler und hat Kosten für Schulbücher/Arbeitshefte .
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

6. Kranken- und Pflegeversicherung

- ▶ Bitte füllen Sie die **Anlage SV** aus, wenn das Kind privat oder in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung freiwillig versichert ist.
- ▶ Bitte füllen Sie den folgenden Abschnitt nur aus, wenn **das Kind bereits das 14. Lebensjahr vollendet hat** und legen einen entsprechenden Nachweis über die Kranken- und Pflegeversicherung vor. Alternativ können Sie auch die gültige elektronische Gesundheitskarte des Kindes vorlegen, diese wird nicht zur Akte genommen.

Das Kind ist oder war zuletzt in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung familienversichert	
pflichtversichert (z. B. durch den Bezug einer Hinterbliebenenrente).	
Das Kind ist in Zukunft pflichtversichert bei der bisherigen Krankenkasse. einer anderen Krankenkasse.	
Name der Krankenkasse	Krankenversichertennummer (falls bekannt)

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ Anlage UH3

☐ Anlage UF

☐ _____

☐ Anlage MEB

☐ _____

☐ Anlage UH2

☐ Anlage BB

☐ _____

☐ Anlage SV

In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden

Anlage

zur Feststellung der angemessenen Kosten der Unterkunft und Heizung



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden
Sie zu der jeweiligen Nummer
in den Ausfüllhinweisen

Reichen Sie bitte grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Kopien ein.

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe „Merkblatt SGB II“). 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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.jobcenter.digital.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	

2. Allgemeine Angaben zur Unterkunft und zu den Kosten der Unterkunft

Anschrift der Unterkunft (Adresse)			
Anzahl der Personen in meiner Unterkunft (insgesamt): _____			
► Bitte alle Flächenangaben in Quadratmetern (m²) vornehmen.			
Baujahr der Unterkunft		Gesamtfläche der Unterkunft	
Anzahl der Räume	Anzahl der Küchen	Anzahl der Bäder	
Von der Gesamtfläche der Unterkunft sind			
selbst bewohnt	vermietet/verpachtet	leer stehend	
Gewerberäume/gewerbliche Nutzung		Anzahl der Wohneinheiten (bei Eigenheim)	
Ich wohne zur Miete.			
Höhe der tatsächlichen monatlichen Kosten für die Unterkunft			
Grundmiete (ohne Nebenkosten)		Nebenkosten (ohne Heizkosten)	
Heizkosten		sonstige Wohnkosten	
► Bitte legen Sie aktuelle Nachweise mit Angabe der jeweiligen Fälligkeit vor.			



2

KDU

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team



Ich wohne im Eigentum.

► Bitte füllen Sie die **Anlage VM** aus.

Höhe der tatsächlichen monatlichen Kosten für das Eigentum

Schuldzinsen ohne Tilgungsraten	Nebenkosten (ohne Heizkosten)
Heizkosten	sonstige Wohnkosten

► Bitte legen Sie aktuelle Nachweise mit Angabe der jeweiligen Fälligkeit vor.

Die Nebenkosten/Wohnkosten setzen sich zusammen aus:

► Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

Grundsteuern	Wasser	Straßenreinigung
Schornsteinfegergebühren	Abwasser	Heizungswartung
Gebäudeversicherung	Müllgebühren	

Ich heize mit:	Strom	Gas	Heizöl
	Fernwärme	Holz	_____
Ich beschaffe die Brennstoffe selbst.			
Art der Heizung	Zentralheizung	Einzelofen	Nachtspeicherofen
Ich koche mit:	Strom	Gas	_____
Mein Warmwasser erzeuge ich zentral (z.B. mit der zentralen Heizungsanlage) oder dezentral (z.B. Boiler, Durchlauferhitzer) mit			
	Strom	Gas	Heizöl
	Holz	Kohle	_____
▶ Bitte legen Sie aktuelle Nachweise vor.			

Name der Vermieterin/des Vermieters	
Anschrift	
IBAN	

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--

Unterschrift der
Kundin/des Kunden

Anlage

zur Feststellung der Einkommensverhältnisse einer in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Person ab 15 Jahren



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden
Sie zu der jeweiligen Nummer
in den Ausfüllhinweisen

Reichen Sie bitte grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Kopien ein.

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe „Merkblatt SGB II“). 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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.jobcenter.digital.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	

2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf folgende Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum

3. Einkommen

- Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld) zählen nicht zum Einkommen und sind hier nicht anzugeben.

Arbeitseinkommen aus Erwerbstätigkeit (haupt- und nebenberuflich/Minijob)	
Name und Firmenanschrift des Arbeitgebers	
Die Zahlung des Arbeitseinkommens erfolgt:	
im laufenden Monat	im Folgemonat
► Bitte legen Sie eine Verdienstabrechnung vor.	
► Auf Aufforderung des Jobcenters lassen Sie auch eine Einkommensbescheinigung vom Arbeitgeber ausfüllen.	
► Das Jobcenter kann Sie auffordern, eine für Sie günstigere Steuerklasse zu wählen.	
Die Tätigkeit wird/wurde als Ferienjob ausgeübt.	
gemeinnützige oder ehrenamtliche Tätigkeit, für die (steuerfreie) Aufwandsentschädigungen gezahlt werden	
Art der Tätigkeit	Zahlungseingang
► Bitte legen Sie aktuelle Nachweise über die konkrete Tätigkeit, die Art und Höhe der Aufwandsentschädigung, den Zahlungseingang und die in diesem Zusammenhang entstehenden Aufwendungen vor.	



2

EK

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

☐ Verdienstabrechnung

☐ Einkommensbescheinigung



Ausübung einer selbständigen Tätigkeit (auch in der Land- und Forstwirtschaft) ► Bitte füllen Sie die Anlage EKS aus.		
Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) ► Bitte legen Sie den Bewilligungsbescheid der Agentur für Arbeit vor.		
Der Anspruch auf Arbeitslosengeld ruht wegen einer Sperrzeit nach dem SGB III oder ist erloschen. ► Bitte legen Sie den entsprechenden Bescheid vor.		
Renten (z. B. aus der gesetzlichen Sozialversicherung wie Altersrente, Knappschaftsausgleichsleistungen, Unfall-/Verletztenrente, Hinterbliebenenrente), Betriebsrenten, Pensionen, ausländische Renten, Arbeitsmarktrenten ► Bitte legen Sie den aktuellen Rentenbescheid vor.		
Unterhaltszahlungen bzw. Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz ► Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis über Art und Umfang der erhaltenen Zahlungen vor.		
► Wenn Sie die nachfolgend aufgeführten laufenden und regelmäßigen Einnahmen haben, tragen Sie bitte die Art der Einnahmen in die untenstehende Tabelle ein und legen Sie aktuelle Nachweise vor. Einnahmen aus Vermietung, Untervermietung oder Verpachtung (auch aus Land- und Forstwirtschaft)		
sonstige Entgeltersatzleistungen (z. B. Übergangsgeld, Krankengeld)		
Sachbezüge (z. B. kostenfreie Verpflegung)		
Wohngeld, Sozialhilfe, weitere Sozialleistungen		
BAföG, Berufsausbildungsbeihilfe, Ausbildungsgeld		
sonstige laufende Einnahmen (z. B. Elterngeld, Mutterschaftsgeld, Kinderzuschlag, Pflegegeld, Trinkgelder, Einnahmen aus einem Bundesfreiwilligendienst)		
Einkommens-/Leistungsart		
Einkommens-/Leistungsart		
einmalige Einnahmen und unregelmäßige Einnahmen (z. B. Steuerrückerstattungen, Insolvenzgeld, Zinsen, sonstige Kapitalerträge, Erbschaften, Schenkungen) ► Sie können mehrere Einnahmen eintragen.		
Einkommensart	Einkommenshöhe	Zahlungseingang am
Einkommensart	Einkommenshöhe	Zahlungseingang am
► Bei weiteren Angaben verwenden Sie bitte ggf. ein gesondertes Blatt. Bitte weisen Sie die Höhe der Einnahmen und den Zahlungseingang nach.		
Kindergeld ► Bitte legen Sie den Kindergeldbescheid vor.		
sonstiges Einkommen einer Person unter 15 Jahren (z. B. Waisenrente, Unfall-/Verletztenrente, Unterhaltszahlungen, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz, Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, Zinsen, Kapitalerträge) ► Sie können mehrere Personen unter 15 Jahren eintragen.		
Familiennamen des Kindes	Vorname des Kindes	Einkommensart
Familiennamen des Kindes	Vorname des Kindes	Einkommensart
► Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis vor.		
Die unter Abschnitt 2 genannte Person hat keine der oben genannten Einkommen .		

Bearbeitungsvermerke
 Nur vom Jobcenter auszufüllen

☐ Anlage EKS
☐ Arbeitslosengeldbescheid

☐ Bescheid

☐ Rentenbescheid

☐ _____

☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ _____

☐ _____

☐ Kindergeldbescheid

☐ _____

4. Absetzungen vom Einkommen (Werbungskosten)

4.1 Ausgaben im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis/der Ausbildung

- Die nachfolgenden Angaben sind nur zu machen, wenn Ihr Einkommen aus dem Arbeitsverhältnis mehr als 400,00 Euro monatlich beträgt und bei Ihnen notwendige Ausgaben in Höhe von mehr als 100,00 Euro anfallen. Verdienen Sie bis 400,00 Euro monatlich, werden 100,00 Euro pauschal als Ausgaben abgesetzt.
- Bei Auszubildenden in einer beruflichen Ausbildung kann unabhängig von der Höhe der Ausbildungsvergütung (also auch bei unter 400,00 Euro monatlich) ebenfalls ein 100,00 Euro übersteigender Betrag abgesetzt werden, wenn die Ausgaben für Ausbildungsmaterial und Fahrtkosten notwendig entstehen und nachgewiesen werden. Gleiches gilt für Einnahmen aus einer Ausbildungsförderung (z. B. Berufsausbildungsbeihilfe, Ausbildungsgeld, Ausbildungsförderung nach dem BAföG).

Ausgaben für die Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte	
Anschrift der Arbeitsstätte (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	
Kürzeste Strecke zwischen Wohnung und Arbeitsstätte in Kilometern: _____	
Die Strecke wird regelmäßig an _____ Arbeitstagen je Woche zurückgelegt.	
Die Strecke wird zurückgelegt mit: einem Kraftfahrzeug öffentlichen Verkehrsmitteln; Höhe der Ausgaben in Euro (z. B. für eine Monatskarte): _____	
► Bitte legen Sie bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel einen entsprechenden Nachweis (z. B. Fahrschein) vor.	
Besteht ein Anspruch auf Zuschüsse zu den Fahrkosten vom Arbeitgeber/von einem Dritten? Ja Nein	
► Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis (z. B. Schreiben des Arbeitgebers) vor.	
weitere Ausgaben aus einem Arbeitsverhältnis (z. B. doppelte Haushaltsführung, Arbeitsmittel), die nicht vom Arbeitgeber erstattet werden	
Art der Ausgabe	Monatliche Höhe in Euro
► Sollten verschiedene Ausgaben vorliegen, führen Sie bitte die einzelnen Posten auf einem gesonderten Blatt auf und tragen hier die Gesamtsumme ein.	
Mehraufwendungen für Verpflegung wegen einer täglichen Abwesenheit von mindestens 8 Stunden von der Wohnung und dem üblichen Beschäftigungsort, ohne dass eine doppelte Haushaltsführung vorliegt	
Anzahl der Arbeitstage im Monat	
► Für Tage mit mehr als 8-stündiger Abwesenheit können die tatsächlichen Aufwendungen gegen Nachweis bis zur Höhe von 14,00 Euro und bei ganztägiger Abwesenheit (24 Stunden abwesend) bis zur Höhe von 28,00 Euro berücksichtigt werden. Der Pauschbetrag in Höhe von 6,00 Euro wird nach der Arbeitslosen-geld II-Verordnung gewährt und setzt eine Abwesenheit von mindestens 12 Stunden voraus.	

4.2 Sonstige Absetzungen

Zahlungen an eine unterhaltsberechtigte Person außerhalb der Bedarfsgemeinschaft auf Grund eines Unterhaltstitels	
Unterhaltsberechtigte Person	Verwandtschaftsverhältnis
Unterhaltsberechtigte Person	Verwandtschaftsverhältnis
► Bitte legen Sie den Unterhaltstitel (z. B. Urteil, gerichtliche Einigung, Unterhaltsurkunde) vor und weisen Sie die tatsächlichen Zahlungen nach.	

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ Unterhaltstitel

☐ Kontoauszüge

bei der Ausbildungsförderung (Berufsausbildungsbeihilfe, Ausbildungsgeld, BAföG) für ein Kind berücksichtigtes Elterneinkommen	
Familienname des Kindes	Vorname des Kindes
Familienname des Kindes	Vorname des Kindes
▶ Bitte legen Sie den aktuellen Bescheid vor.	

4.3 Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen – auch bei sonstigem Einkommen

▶ 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.

Folgende Versicherungsbeiträge werden gezahlt:

▶ Bitte legen Sie aktuelle Nachweise zu den Versicherungen vor.

Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung (ohne Teilkasko, Vollkasko, Schutzbrief)		
weitere gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen (z. B. Haftpflichtversicherung für bestimmte Berufsgruppen wie Rechtsanwälte oder Hebammen)		
Beiträge zur geförderten Altersvorsorge nach § 82 Einkommensteuergesetz (z. B. Beiträge zur „Riester-Rente“)		
private Versicherung minderjähriger Kinder		
Familienname des Kindes	Vorname des Kindes	Art der Versicherung
Familienname des Kindes	Vorname des Kindes	Art der Versicherung
Eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung und Rentenversicherung liegt nicht vor. Es werden Beiträge zur Vorsorge für den Fall der Krankheit, der Pflegebedürftigkeit und zur Altersvorsorge gezahlt.		

Meine Mitwirkungspflichten

Bei Änderungen der Einkommenshöhe (z. B. Arbeitsentgelt) oder der Ausgaben einschließlich der Unterhaltszahlungen sind Sie bzw. die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft verpflichtet, diese unverzüglich mitzuteilen und entsprechende Nachweise vorzulegen.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

☐ Bescheid

☐ Kfz-Haftpflichtvers.

☐ _____

☐ Altersvorsorge

☐ _____

☐ _____

In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden

Einkommensbescheinigung

– Nachweis über die Höhe des Arbeitsentgelts –



2

Kundennummer:

Nummer der Bedarfsgemeinschaft:

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Der Arbeitgeber ist auf Verlangen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers oder des Jobcenters zur Ausstellung dieser Bescheinigung gemäß §§ 57, 58 und 60 Abs. 3 Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) verpflichtet.

1. Angaben zu den persönlichen Daten der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers

Vorname: _____ Familienname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
Anschriftenzusatz: _____
Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

2. Zeitraum der Bescheinigung

Abrechnungsmonat _____ 20 _____

3. Angaben zum laufenden Arbeitsentgelt (ohne Einmalzahlungen und Nachzahlungen)

3a Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlungen und Nachzahlungen) _____ Euro
Hinweis: Bitte beachten Sie hierzu die Ausfüllhinweise zu 3. Angaben zum laufenden Arbeitsentgelt.

3b darunter vermögenswirksame Leistungen _____ Euro

3c Sozialversicherungspflicht liegt vor Ja Nein
Wenn ja, sozialversicherungspflichtiges Entgelt (SV-Brutto; Gleitzone-Regelung beachten) _____ Euro

3d Abzüge (Steuern, Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung, Winterbeschäftigungsumlage u. ä.) _____ Euro
Hinweis: Beiträge für freiwillige oder private Versicherungen sind von der Arbeitnehmerin/dem Arbeitnehmer gesondert nachzuweisen.

3e Maßgebliche Lohnsteuerklasse _____ Kinderfreibetrag _____

3f Bei freiwillig oder privat Versicherten, Beitragszuschuss des Arbeitgebers zur Sozialversicherung _____ Euro

3g Nettoarbeitsentgelt (ohne Beitragszuschuss bei freiwilliger oder privater Versicherung) _____ Euro

3h Im laufenden Arbeitsentgelt ist ein Vorschuss enthalten Ja Nein
Wenn ja, der Vorschuss wurde ausgezahlt am _____ in Höhe von _____ Euro

3i Höhe des Brutto-Stundenlohnes _____ Euro

4. Weitere laufende Leistungen

Weitere laufende Leistungen (die nicht im Brutto- und Nettoarbeitsentgelt enthalten sind: z. B. Fahrkostenerstattung, Saison-Kurzarbeitergeld, Kurzarbeitergeld, Zuschüsse zum Krankengeld, vom Arbeitgeber gezahltes Kindergeld)

Art _____ Euro

5. Einmalzahlungen und Nachzahlungen

Im oben bescheinigten Zeitraum sind Einmalzahlungen (z. B. 13. Monatsgehalt, Weihnachtsgeld, zusätzliches Urlaubsgeld) und/oder Nachzahlungen (z. B. durch rückwirkende Tarifierhöhungen, nachträgliche Berechnungen von Zuschlägen) angefallen oder diese fallen in den kommenden 12 Monaten an.

Ja Nein

Art der Zahlung	Fälligkeit	Bruttobetrag (sofern bereits abgerechnet)	Nettobetrag (sofern bereits abgerechnet)
		Euro	Euro
		Euro	Euro
		Euro	Euro

6. Weitere Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

6a Die Auszahlung ist/war jeweils fällig am _____ des laufenden Monats des Folgemonats

6b Das Einkommen ist monatlich gleich hoch

Ja Nein

6c Die Beschäftigung wird ausgeübt seit _____ ; ggf. bis _____

6d Die tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden

6e Branche _____

6f Tarifvertrag _____

6g Tarifzugehörigkeit

Ja Nein

6h Gewährung von freier Verpflegung

Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Mahlzeiten an Frühstück Mittagessen Abendessen

7. Feld für ergänzende Hinweise

8. Für Rückfragen und Schriftwechsel

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Ansprechpartner/in: _____

Telefonnummer: _____

Geschäftszeichen: _____

Betriebsnummer des Arbeitgebers: _____

Wichtig: Es ist die Betriebsnummer einzutragen, unter der die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer nach § 28a SGB IV bei der Einzugsstelle gemeldet worden ist.

Datum/Unterschrift des Arbeitgebers oder seiner/seines Beauftragten

Name und Anschrift (Firmenstempel)

Anlage

zur **vorläufigen** oder **abschließenden** Erklärung zum Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb oder Land- und Forstwirtschaft im Bewilligungszeitraum



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden
Sie in den Hinweisen für
Selbständige

Reichen Sie bitte grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Kopien ein.

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe „Merkblatt SGB II“). 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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Das „Merkblatt SGB II“, die Hinweise für Selbständige, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.jobcenter.digital.

Falls Sie für Ihre Antworten mehr Platz benötigen, als im Formular vorgesehen ist, verwenden Sie bitte ein separates Blatt Papier und fügen dieses Ihrem Antrag bei.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	

2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf folgende Person

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum

3. Vorläufige oder abschließende Angaben

Die Angaben sind	vorläufig	abschließend
------------------	-----------	--------------

4. Bewilligungszeitraum

Bewilligungszeitraum (von-bis)
► Bitte tragen Sie bei vorläufigen Angaben den Monat der Antragstellung zuzüglich fünf Monate (insgesamt in der Regel sechs Monate) bzw. bei abschließenden Angaben den Bewilligungszeitraum aus Ihrem Bewilligungsbescheid ein.

5. Daten zur selbständigen Tätigkeit

5.1 Allgemeine Daten zur selbständigen Tätigkeit

► Hier sind Eintragungen nur erforderlich, wenn es sich um vorläufige Angaben handelt.

Gewerbe bzw. Tätigkeit
Beginn und gegebenenfalls Ende der Tätigkeit (Datum)
Rechtsform des Unternehmens (z. B. GmbH, KG, Ltd.)



2

EKS

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Betriebsstätte (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	
Die Miet-/Eigentumswohnung bzw. das Eigenheim wird – teilweise – für die selbständige Tätigkeit gewerblich genutzt.	
Anzahl der gewerblich genutzten Räume	Gewerblich genutzte Fläche in m ²

5.2 Kostenfrei auf Dauer überlassene Produkte, die in Verbindung mit der selbständigen Tätigkeit vorhanden sind

Art der Produkte	Wert in Euro
Art der Produkte	Wert in Euro
Art der Produkte	Wert in Euro

► Legen Sie hierzu bitte eine Auflistung aller Produkte vor.

5.3 Personal

Die selbständige Person beschäftigt/beschäftigte oder – im Falle vorläufiger Angaben – beabsichtigt, _____ weitere Person/en zu beschäftigen.

6. Zuschüsse/Beihilfen

► Hier sind Eintragungen nur erforderlich, wenn es sich um vorläufige Angaben handelt.

Die selbständige Person erhält Zuschüsse/Beihilfen (z. B. Lohnkostenzuschüsse, Gründungsdarlehen) zu ihrer selbständigen Tätigkeit.	
Der Zuschuss/die Beihilfe wird gezahlt von	
Der Zuschuss/die Beihilfe wird gezahlt seit (und gegebenenfalls bis)	Monatliche Höhe des Zuschusses/der Beihilfe in Euro

► Bitte legen Sie aktuelle Nachweise (z. B. Darlehensbescheid) vor.

Die selbständige Person hat Zuschüsse/Beihilfen beantragt.	
Der Zuschuss/die Beihilfe wurde beantragt bei	
Antragsdatum	Antragstellung für die Zeit ab

► Bitte legen Sie aktuelle Nachweise vor.

7. Darlehen

Die selbständige Person hat für den Betrieb/das Gewerbe ein Darlehen aufgenommen.		
Höhe des Darlehens in Euro	Datum des Geldeingangs auf dem Konto	Beginn der Rückzahlung des Darlehens
Monatliche Tilgungsrate in Euro	Mit dem Darlehen finanzierte Betriebsausgaben (Art)	Mit dem Darlehen finanzierte Betriebsausgaben (Höhe in Euro)

► Bitte legen Sie aktuelle Nachweise (z. B. Darlehensbescheid, Kontoauszug, Investitionsausgaben) vor.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

☐	_____
☐	_____
☐	_____
☐	_____

In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden

Angaben zum Einkommen aus selbständiger Tätigkeit

Vorname der/des Selbständigen	Familienname der/des Selbständigen
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	
vorläufige Angaben Die folgenden Angaben sind geschätzt und beziehen sich auf den Bewilligungszeitraum in Abschnitt 3.	abschließende Angaben Die folgenden Angaben sind abschließend und beziehen sich auf den Bewilligungszeitraum in Abschnitt 3.
Die selbständige Tätigkeit unterliegt nicht der Umsatzsteuerpflicht (gegebenenfalls Befreiung nach § 19 Umsatzsteuergesetz als Kleinunternehmer/in).	

- Bitte legen Sie aktuelle Nachweise (z. B. die letzte betriebswirtschaftliche Aufstellung) vor.
- Tragen Sie bitte alle Wertangaben in Euro ein.

A Angaben zu den Betriebseinnahmen

	1	2	3	4	5	6	Summe	Bemerkungen
Kalendermonat (ggf. Teilmonat):								
A1	Betriebseinnahmen							
A2	Privatentnahmen von Waren							
A3	sonstige betriebliche Einnahmen (z. B. auch kostenfrei auf Dauer überlassene Produkte)							
A4	Zuwendungen von Dritten							
A5	vereinnahmte Umsatzsteuer							
A6	Umsatzsteuer auf Privatentnahmen von Waren							
A7	vom Finanzamt erstattete Umsatzsteuer							
Summe der Betriebseinnahmen (A1–A7)								

B Angaben zu den Betriebsausgaben und zum Gewinn

		1	2	3	4	5	6	Summe	Bemerkungen
Kalendermonat (ggf. Teilmonat):									
B1	Wareneinkauf								
B2	Personalkosten (einschließlich Sozialversicherungsbeiträge)								
	a) Vollzeitbeschäftigte								
	b) Teilzeitbeschäftigte								
	c) geringfügig Beschäftigte (450 Euro-Job)								
	d) mithelfende Familienangehörige								
B3	Raumkosten (einschließlich Nebenkosten und Energiekosten)								
B4	betriebliche Versicherungen/Beiträge								
B5	Kraftfahrzeugkosten	► Bei einem betrieblichen Kraftfahrzeug füllen Sie bitte B5.1 aus, bei einem privaten Kraftfahrzeug füllen Sie bitte B5.2 aus. ► Ihr Fahrzeug ist ein betriebliches Kraftfahrzeug, wenn Sie es mindestens zu 50 % betrieblich nutzen (Nachweis durch Fahrtenbuch).							
B5.1	betriebliches Kraftfahrzeug	Wie viele Kilometer werden Sie voraussichtlich betrieblich bzw. privat zurücklegen/haben Sie betrieblich bzw. privat zurückgelegt? Betrieblich: _____ km Privat: _____ km							
	a) Steuern								
	b) Versicherung								
	c) laufende Betriebskosten								
	d) Reparaturen								
	abzüglich privat gefahrene km (0,10 Euro je gefahrenem km)	-	-	-	-	-	-	-	
B5.2	privates Kraftfahrzeug – betriebliche Fahrten (0,10 Euro je gefahrenem km)	► Ausgaben für Fahrten zur Betriebsstätte, die mit einem privaten Kraftfahrzeug durchgeführt werden, berücksichtigen Sie bitte unter Punkt C10.							
B6	Werbung	► Für die Beschreibung der Maßnahmen verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.							
B7	Reisekosten	► Reisen, die mit einem Kraftfahrzeug durchgeführt werden, berücksichtigen Sie bitte unter Punkt B5.							
	a) Übernachtungskosten								
	b) Reisenebenkosten								
	c) öffentliche Verkehrsmittel								
Zwischensumme (B1–B7)									

		1	2	3	4	5	6	Summe	Bemerkungen
Kalendermonat (ggf. Teilmonat):									
Übertrag (B1–B7)									
B8	Investitionen	► Für die Beschreibung der Maßnahmen verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.							
B9	Investitionen aus Zuwendungen Dritter	► Hier sind Eintragungen nur erforderlich, wenn Sie Einnahmen nach Punkt A4 erzielt haben.							
B10	Büromaterial einschließlich Porto								
B11	Telefonkosten								
B12	Beratungskosten								
B13	Fortbildungskosten								
B14	sonstige Betriebsausgaben	► Bei Platzmangel verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.							
	a) Reparatur Anlagevermögen								
	b) Miete Einrichtung								
	c) Nebenkosten des Geldverkehrs								
	d) betriebliche Abfallbeseitigung								
	e)								
	f)								
	g)								
	h)								
	i)								
B15	Schuldzinsen aus Anlagevermögen								
B16	Tilgung bestehender betrieblicher Darlehen								
B17	gezahlte Vorsteuer								
B18	an das Finanzamt gezahlte Umsatzsteuer								
Summe der Betriebsausgaben (B1–B18)									
Gewinn (A abzüglich B)									

C Personenbezogene Ausgaben der/des Selbständigen (Absetzungen vom Einkommen)

		Höhe in Euro	Zahlungsrhythmus (z. B. monatlich, quartalsweise oder zu bestimmten Terminen)	Aufwendungen im BWZ (Wird vom Jobcenter ausgefüllt)
C1	Einkommensteuervorauszahlungen/Einkommensteuernachzahlungen (siehe letzten Vorauszahlungsbescheid/Einkommensteuerbescheid)			
C2	Pflichtbeiträge zur Kranken-/Pflege- und/oder Rentenversicherung			
C3	Beiträge zur privaten bzw. freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung			
C4	Beiträge zur Altersvorsorge			
	a) zur Rentenversicherung			
	b) zu einer kapitalbildenden Lebensversicherung			
	c) zu einer Versorgungseinrichtung			
C5	Beiträge für eine Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung (ohne Teil-/Vollkasko)			
C6	Beiträge für weitere gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen (z. B. Haftpflichtversicherung für bestimmte Berufsgruppen wie Rechtsanwälte oder Hebammen)			
C7	Beiträge für eine geförderte Altersvorsorge nach § 82 Einkommenssteuergesetz (Beiträge zur „Riester-Rente“)			
C8	Sonstige Absetzungsmöglichkeiten (z. B. Beiträge zur Arbeitsförderung bei freiwilliger Weiterversicherung (§ 28a Abs. 1 Nr. 2 Drittes Buch Sozialgesetzbuch) oder Einkommen, das bereits bei der Feststellung von Ansprüchen der Ausbildungsförderung angerechnet wurde) Art der Absetzung: _____			
C9	Unterhaltsleistungen	a) Name, Vorname der/des Unterhaltsberechtigten b) Verwandtschaftsverhältnis c) Höhe der Unterhaltsleistungen	Euro monatlich	
	► Bitte Unterhaltstitel (z. B. Urteil, gerichtliche Einigung, Unterhaltsurkunde) und Nachweis über tatsächlich erbrachte Unterhaltsleistungen vorlegen.			
C10	Ausgaben für die Fahrt zur Betriebsstätte mit dem privaten Kraftfahrzeug ► Ausgaben für die Fahrt zur Betriebsstätte werden zusätzlich mit 0,20 Euro je Entfernungskilometer vom Einkommen abgesetzt. Entstehen höhere notwendige Ausgaben, müssen diese nachgewiesen werden.			
	a) einfache Strecke beträgt _____ km b) im Bewilligungszeitraum regelmäßig zurückgelegt an _____ Arbeitstag/en je Woche			
C11	Mir entstehen Mehraufwendungen für Verpflegung wegen einer täglichen Abwesenheit von mindestens 12 Stunden von meiner Wohnung bzw. meinem üblichen Beschäftigungsort, ohne dass eine doppelte Haushaltsführung vorliegt. Anzahl der Arbeitstage im Monat _____ Tage			
Summe der Aufwendungen im Bewilligungszeitraum (C1–C11)				

Die Richtigkeit der Angaben auf den Seiten 3–6 wird bestätigt.

Ort/Datum



Unterschrift Selbständige/Selbständiger



Anlage

zur Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden
Sie zu der jeweiligen Nummer
in den Ausfüllhinweisen

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe „Merkblatt SGB II“). 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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.jobcenter.digital.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	

2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf folgende Person in der Bedarfsgemeinschaft

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum

3. Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung

Die unter Punkt 2 genannte Person macht einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung geltend.

Die unter Punkt 2 genannte Person hat bereits einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung geltend gemacht.

Datum der Antragstellung

- Bitte legen Sie als Nachweis die **ärztliche Bescheinigung** (Seite 2 und 3 dieses Vordrucks), ausgefüllt von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt, vor. Die ärztliche Bescheinigung wird zur Berechnung der Leistung verwendet.
- Anstelle der **ärztlichen Bescheinigung** (Seite 2 und 3 dieses Vordrucks) können Sie auch ein **ärztliches Attest** vorlegen. Dieses muss die **Erkrankung** sowie die **verordnete Kostform** enthalten. Das Attest ist in einem verschlossenen Umschlag einzureichen. Es wird vom Ärztlichen Dienst des Leistungsträgers ausgewertet.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreter)
-----------	---



2

MEB

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

☐ Es wird ein Mehrbedarf für
kostenaufwändige Ernährung
anerkannt.

Bewilligungszeitraum (von - bis)

Höhe des Mehrbedarfs in Euro

☐ Es wird kein Mehrbedarf für
kostenaufwändige Ernährung
anerkannt.

Begründung:

☐ Wiedervorlage

Datum der Wiedervorlage

Grund der Wiedervorlage

Handzeichen, Datum

In den folgenden Abschnitten wurden
im Beisein der Kundin/des Kunden
Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden



Ärztliche Bescheinigung

(Diese Seite kann im Jobcenter nur durch besonders berechnigte Beschäftigte eingesehen werden.)



2

Entbindung von der Schweigepflicht hinsichtlich der in der Anlage MEB bescheinigten Erkrankung

Name der Patientin/des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich entbinde die unten angegebene ausstellende Ärztin/den unten angegebenen ausstellenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Erklärung bezieht sich ausschließlich auf die Erstellung eines Befundberichts und der Übermittlung von Kopien aller relevanten medizinischen Unterlagen in Bezug auf die bescheinigte(n) Erkrankung(en) und die medizinisch notwendige Kostform (z. B. Arztbriefe, Krankenhaus-Entlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Laborausdrucke, sonstige Befundberichte und ähnliches).

Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei fehlender Mitwirkung können die Sozialleistungen jedoch unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Diese Erklärung gilt für die Dauer von einem Jahr ab dem Datum der Unterzeichnung.

Name der Ärztin/des Arztes: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Es wird empfohlen, für die Patientendokumentation eine Kopie anzufertigen.

Bescheinigung der Erkrankung

Es besteht eine der folgenden Krankheiten:

Zöliakie

Mukoviszidose

Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie

Krankheitsassoziierte Mangelernährung

Erwachsene Patientin/Erwachsener Patient:

Die Kriterien für die Diagnose einer Mangelernährung sind erfüllt (mindestens jeweils ein Kriterium phenotypischer und ätiologischer Natur, siehe Ausführungen hierzu in den beigefügten Hinweisen).

Minderjährige Patientin/Minderjähriger Patient:

Unter Beachtung des individuellen Entwicklungsstandes (z. B. Perzentilenkurven Kromeyer-Hausschild 2001) liegt ein erhöhter Ernährungsbedarf vor.

Schluckstörung, bei welcher aus ärztlicher Sicht der Einsatz sog. Andickungspulver empfohlen wird

Sonstige Erkrankung: Art der Erkrankung: _____

Erforderliche Kostform: _____

Die Krankenkost ist für die Zeit vom _____ bis _____ erforderlich und wird von mir ärztlich verordnet.

Begründung, wenn die Dauer für länger als 12 Monate angegeben wird:

Eine Nachuntersuchung ist: nicht erforderlich erforderlich bis zum _____

Begründung:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes



Hinweise für die Ausstellung der Bescheinigung

(Diese Hinweise verbleiben bei der Ärztin/dem Arzt)

Allgemeine Hinweise:

Es soll nur eine Krankheit bescheinigt werden, welche eine medizinisch notwendige, kostenaufwändigere Ernährung bedingt. Ist nur eine **Ernährungsumstellung** erforderlich, die der Patientin/dem Patienten **keine Mehrkosten** verursacht, ist eine **Bescheinigung nicht erforderlich**.

Weitere Informationen zur Gewährung von Krankenkostzulagen im Bereich SGB II können den Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. im Internet unter www.deutscher-verein.de entnommen werden.

Hinweise zu krankheitsassoziierter Mangelernährung:

Krankheitsassoziierte Mangelernährung tritt beispielsweise bei folgenden Krankheiten auf:

- Tumorerkrankungen
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)
- CED (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa)
- Neurologische Erkrankungen (auch Schluckstörungen)
- terminale und präterminale Niereninsuffizienz, insb. unter Dialyse
- Wundheilungsstörungen
- Lebererkrankungen (z. B. alkoholische Steatohepatitis, Leberzirrhose)

Die aufgezählten Krankheiten führen nicht zwingend in einen Zustand der Mangelernährung. Die Diagnostik einer Mangelernährung erfolgt anhand der GLIM Kriterien. Demnach muss mindestens jeweils ein Kriterium phenotypischer (d. h. das Erscheinungsbild des Individuums betreffend) und ätiologischer Natur (d. h. die Ursachen für das Entstehen der Mangelernährung betreffend) erfüllt sein. Bei minderjährigen Patienten ist der individuelle Entwicklungsstand zu berücksichtigen (z. B. Perzentilkurven Kromeyer-Hauschild 2001).

Phenotypische Kriterien:

- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust ($> 5\%$ innerhalb der letzten 6 Monate oder $> 10\%$ über 6 Monate)
- Bei erwachsenen Patienten niedriger Body Mass Index (< 20 wenn < 70 Jahre, oder < 22 wenn > 70 Jahre)
- Reduzierte Muskelmasse (gemessen mit validierten Messmethoden zur Bestimmung der Körperzusammensetzung)

Ätiologische Kriterien:

- Geringe Nahrungsaufnahme oder Malassimilation ($< 50\%$ des geschätzten Energiebedarfs > 1 Woche oder jede Reduktion für > 2 Wochen oder jede andere chronische GI Kondition, welche die Nahrungsassimilation oder Absorption über Wochen beeinträchtigt)
- Krankheitsschwere/Inflammation

In der Regel ist bei gesicherter Diagnose einer Mangelernährung ein Mehrbedarf zu bejahen. Der Tatbestand kann ausnahmsweise dann nicht erfüllt sein, wenn zwar die phenotypischen und ätiologischen Kriterien erfüllt sind, aber aufgrund der Besonderheiten des Krankheitsbildes tatsächlich nicht von einer kostenaufwändigeren Ernährung auszugehen ist, wie dies bspw. bei Anorexia nervosa (Magersucht) der Fall sein kann. Die Ernährungstherapie bei Mangelernährung orientiert sich an der Vollkost.

Anlage

zur Feststellung der Vermögensverhältnisse der Antragstellerin/des Antragstellers und der in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden
Sie zu der jeweiligen Nummer
in den Ausfüllhinweisen

Reichen Sie bitte grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Kopien ein.

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe „Merkblatt SGB II“). 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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.jobcenter.digital.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	

Folgende Vermögenswerte im In- und/oder Ausland sind vorhanden:

Falls Sie mehr Platz benötigen, verwenden Sie bitte ein separates Blatt und fügen dieses Ihrem Antrag bei.

2. Konten und Geldanlagen

Bargeld	
Name der Person	Gesamtbetrag in Euro
Name der Person	Gesamtbetrag in Euro
Girokonten	
Name der Person	Kontostand in Euro
IBAN	
Name der Person	Kontostand in Euro
IBAN	
Name der Person	Kontostand in Euro
IBAN	
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise, z. B. Kontoauszüge, vor.	



2

VM

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team



Kreditkartenkonten, Paypal und weitere Konten		
Name der Person		Gesamtbetrag in Euro
Art des Kontos (z. B. Paypal, Kreditkarte)		Geldinstitut
Name der Person		Gesamtbetrag in Euro
Art des Kontos (z. B. Paypal, Kreditkarte)		Geldinstitut
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise, z. B. Kontoauszüge, vor.		
Spareinlagen (z. B. Sparkonten, Sparbücher, Tagesgeldkonto, Prämiensparen)		
Name der Person		Gesamtbetrag in Euro
IBAN		
Name der Person		Gesamtbetrag in Euro
IBAN		
Name der Person		Gesamtbetrag in Euro
IBAN		
Name der Person		Gesamtbetrag in Euro
IBAN		
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise, z. B. Kontoauszüge, vor.		
Sparbriefe oder sonstige Wertpapiere (z. B. Aktien, Anleihen, Fonds-Anteile)		
Name der Person		Art der Geldanlage
derzeitiger Wert in Euro	Erträge im letzten Jahr	Gutschriftzinssatz
Wertpapiernummer		Kreditinstitut
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise, z. B. Mitteilungen zum aktuellen Kontostand, Auszug aus dem Wertpapierdepot, vor.		
Bausparverträge		
Name der Person		Bausparkasse
Bausparnummer	aktueller Stand des Guthabens in Euro	
Der Bausparvertrag ist zur Sicherung eines Darlehens an ein Kreditinstitut abgetreten.		
Name der Person		Bausparkasse
Bausparnummer	aktueller Stand des Guthabens in Euro	
Der Bausparvertrag ist zur Sicherung eines Darlehens an ein Kreditinstitut abgetreten.		
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise, z. B. aktuellen Jahreskontoauszug, vor.		

Bearbeitungsvermerke Nur vom Jobcenter auszufüllen	
☐	
☐	
☐	
☐	

Kapitallebensversicherungen, private Rentenversicherungen und Versicherungen mit Prämienrückgewähr (z.B. Berufsunfähigkeitsversicherungen, Sterbegeldversicherungen, Unfallversicherungen)			
Name der Person		Versicherungsunternehmen	
Versicherungsnummer		Versicherungssumme in Euro	
bisher eingezahlt in Euro	Rück- oder Verkaufswert in Euro	Verwertungsausschluss vorhanden	
Wurde aus der Versicherung bereits ein Teilbetrag ausgezahlt oder beliehen?		Ja	Nein
Falls ja, geben Sie bitte die ausgezahlten Teilbeträge/Beleiheung in Euro an: _____			
Name der Person		Versicherungsunternehmen	
Versicherungsnummer		Versicherungssumme in Euro	
bisher eingezahlt in Euro	Rück- oder Verkaufswert in Euro	Verwertungsausschluss vorhanden	
Wurde aus der Versicherung bereits ein Teilbetrag ausgezahlt oder beliehen?		Ja	Nein
Falls ja, geben Sie bitte die ausgezahlten Teilbeträge/Beleiheung in Euro an: _____			
► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise, z.B. Vertragsunterlagen und Mitteilungen zum aktuellen Kontostand, vor.			

3. Staatlich geförderte Altersvorsorge (z.B. Riester-Rente/Rürup-Rente)

Name der Person	aktueller Wert in Euro
Name der Person	aktueller Wert in Euro
► Bitte legen Sie den Vertrag vor und weisen den aktuellen Kontostand nach.	

4. Befreiung von der Rentenversicherungspflicht

Name der Person
Die unter Ziffer 2 dieser Anlage angegebenen Geldanlagen der vorgenannten Person dienen der Alterssicherung.
► Bitte legen Sie einen Nachweis über die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht vor.

5. Grundstücke und/oder Wohneigentum (auch Eigentumsanteile)

bebautes Grundstück	unbebautes Grundstück	Eigentumswohnung
Name der Eigentümerin/des Eigentümers		Miteigentumsanteil in %
Grundstücksgröße in m²	Verkehrswert in Euro	Belastungen in Euro
Wohnfläche in m²	selbst genutzt in m²	Miet-/Pachteinnahmen in Euro
bebautes Grundstück	unbebautes Grundstück	Eigentumswohnung
Name der Eigentümerin/des Eigentümers		Miteigentumsanteil in %

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Grundstücksgröße in m²	Verkehrswert in Euro	Belastungen in Euro
Wohnfläche in m²	selbst genutzt in m²	Miet-/Pachteinnahmen in Euro
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor. Bei Miet-/Pachteinnahmen füllen Sie bitte die <u>Anlage EK</u> aus.		

6. Sonstiges Vermögen (z. B. Kryptowährungen, Edelmetalle, Antiquitäten, Gemälde, Schmuck)

Name der Person	Art des Wertgegenstands	Vermögenswert in Euro
Name der Person	Art des Wertgegenstands	Vermögenswert in Euro
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise, z. B. Kaufverträge, vor.		

7. Kraftfahrzeuge (z. B. PKW, LKW, Motorrad)

Name der Eigentümerin/des Eigentümers		
Fabrikat/Modell		bestehende Kreditverbindlichkeiten in Euro
amtliches Kennzeichen	Tag der Erstzulassung	Kilometerstand
Name der Eigentümerin/des Eigentümers		
Fabrikat/Modell		bestehende Kreditverbindlichkeiten in Euro
amtliches Kennzeichen	Tag der Erstzulassung	Kilometerstand
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.		

8. Schenkungen/Spenden/Übertragungen

▶ Hier sind Schenkungen/Spenden/Übertragungen anzugeben, die innerhalb der letzten 10 Jahre aus dem Vermögen einer in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Person im In- oder Ausland erfolgten.

Name der Person	
Höhe in Euro	Zeitpunkt der Schenkung/Spende/Übertragung
Verwendungszweck	Empfängerin/Empfänger
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.	

Weitere Informationen

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 verfassungsberechtigte oder wirtschaftlich berechnete Person im Sinne des § 1 Absatz 6 des Geldwäschegesetzes angegeben sind (unter anderem Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers, Geburtsdatum, IBAN und Verfügungsberechtigung). Dies betrifft die Konten, die nicht länger als drei Jahre aufgelöst sind.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

☐ Anlage EK

☐
☐
☐

In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden

Sozialversicherung der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden Sie zu der jeweiligen Nummer in den Ausfüllhinweisen

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe „Merkblatt SGB II“). 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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.jobcenter.digital.

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Steuerliche Identifikationsnummer 	
► Die steuerliche Identifikationsnummer wird abgefragt, weil die vom Jobcenter gezahlten Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Finanzverwaltung zu melden sind (§ 10 Absatz 4b Satz 4 bis 6 Einkommensteuergesetz). Die Abfrage erfolgt ausschließlich zu diesem Zweck.	

[illegible]

2

SV

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Monatliche Höhe des Krankenversicherungsbeitrags in Euro	Monatliche Höhe des Pflegeversicherungsbeitrags in Euro
Monatliche Höhe des Beitrags im Basistarif in Euro (nur bei privater Versicherung)	
► Bitte legen Sie als Nachweis den aktuellen Bescheid über die Höhe des monatlichen Beitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung vor sowie bei privater Versicherung einen Nachweis über den Beitrag, den Sie im Basistarif zahlen würden.	

4. Kranken- und Pflegeversicherung, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Arbeitslosengeld II keine Versicherung besteht

► Bitte füllen Sie den nachfolgenden Abschnitt nur aus, wenn für Sie oder die weitere Person **zurzeit weder eine gesetzliche Pflicht- oder Familienversicherung noch eine freiwillige oder private Kranken- und Pflegeversicherung besteht**.

Ich bzw. die weitere Person war zuletzt privat krankenversichert.

Ich bin bzw. die weitere Person ist oder war zuletzt

- hauptberuflich selbständig tätig **oder**
- nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen im Krankheitsfall abgesichert bzw. beihilfeberechtigt (z. B. Beamtinnen und Beamte, Soldatinnen und Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldatinnen und Berufssoldaten).

Ich habe bzw. die weitere Person hat das 55. Lebensjahr vollendet **und** war in den letzten **fünf Jahren** vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II **nicht** gesetzlich versichert **und** war für **mindestens zweieinhalb Jahre**

- **versicherungsfrei** oder
- von der **Versicherungspflicht befreit** oder
- **nicht versicherungspflichtig** wegen der Ausübung einer hauptberuflichen selbständigen Tätigkeit.

► Wenn eine der vorgenannten Voraussetzungen auf Sie oder die weitere Person zutrifft, besteht für die betroffene Person keine Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung aufgrund des Arbeitslosengeld II-Bezugs. Sie können jedoch unter Abschnitt 3 einen Zuschuss beantragen, wenn Sie oder die weitere Person sich selbst privat oder freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern.

► Wenn die vorgenannten Voraussetzungen auf Sie oder die weitere Person **nicht** zutreffen, tritt grundsätzlich die Versicherungspflicht aufgrund des Arbeitslosengeld II-Bezugs ein. Wählen Sie bitte eine gesetzliche Krankenkasse und legen Sie innerhalb von zwei Wochen die Mitgliedsbescheinigung vor.

Ich habe das Merkblatt „Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen der Kranken- und Pflegeversicherung (§ 26 SGB II)“ erhalten und kenne dessen Inhalt.

Ich bin über mein Wechselrecht in den Basistarif informiert. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich, wenn ich in einem Kranken- und Pflegeversicherungstarif mit Selbstbehalt versichert bin und in diesem verbleibe, Selbstbehalte selbst tragen muss und mir hierdurch finanzielle Belastungen entstehen können.

Ich bin darüber informiert, dass ich als privat kranken- und pflegeversicherte Person den Beitragsanteil, der über dem halbierten Beitrag im Basistarif liegt, selbst tragen muss, wenn ich von der Möglichkeit des Wechsels in den Basistarif keinen Gebrauch mache.

Ort/Datum	Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--

Ich habe das „Merkblatt für Leistungsberechtigte ohne Kranken- und Pflegeversicherung“ gelesen und bin über die gesetzliche Verpflichtung, mich gegen das Risiko der Krankheit und Pflege zu versichern, sowie über die Folgen einer Nichtversicherung informiert.

Ort/Datum	Unterschrift der nichtversicherten Person (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	---

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

☐ Beitragsbescheinigung
☐ Beitragsbescheinigung Basistarif

☐ Mitgliedsbescheinigung

☐ Merkblatt ausgehändigt

☐ Merkblatt ausgehändigt

In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden

Anlage

zur Feststellung des Umfangs der Hilfebedürftigkeit bei Vorliegen einer Haushaltsgemeinschaft



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden
Sie zu der jeweiligen Nummer
in den Ausfüllhinweisen

Reichen Sie bitte grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Kopien ein.

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe „Merkblatt SGB II“). 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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.jobcenter.digital.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	

2. Angaben zur Person in meiner Haushaltsgemeinschaft

► Wenn Sie mit Verwandten oder Verschwägerten (z. B. Eltern-, Großeltern-, Stiefelternteilen, Geschwistern über 25 Jahren, Onkel, Tanten) in einem Haushalt leben, füllen Sie diese Anlage bitte für jeden Verwandten/Verschwägerten aus.

Vorname	Familienname
---------	--------------

3. Angaben zum Verwandtschaftsverhältnis/zu der Schwägerschaft

► Sofern zu mehreren Personen in der Bedarfsgemeinschaft ein Verwandtschaftsverhältnis/Schwägerschaft besteht, ist die Angabe zu einer dieser Personen ausreichend.

Person in der Bedarfsgemeinschaft, zu der das Verwandtschaftsverhältnis/ Schwägerschaft besteht	
Vorname	Familienname
Verwandtschaftsverhältnis/Schwägerschaft	

4. Leistungen

Die unter Abschnitt 2 genannte Person **zahlt keine Leistungen an die Bedarfsgemeinschaft.**

► Sofern die Person keine Leistungen an die Bedarfsgemeinschaft zahlt, sind nur noch Angaben zu Abschnitt 5 erforderlich.

Die unter Abschnitt 2 genannte Person **zahlt Leistungen** (z. B. Taschengeld) **an die Bedarfsgemeinschaft.**

► Bitte geben Sie an, für welche Person und in welcher Höhe die Leistungen erbracht werden. Bitte geben Sie auch den zeitlichen Abstand der Zahlungen (z. B. monatlich, 1/4-jährlich, 1/2-jährlich, jährlich) an.



2

HG

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Person in der Bedarfsgemeinschaft, die die Leistungen erhält	
Vorname	Familienname
Höhe der Leistung	Zahlungsrhythmus
Person in der Bedarfsgemeinschaft, die die Leistungen erhält	
Vorname	Familienname
Höhe der Leistung	Zahlungsrhythmus
Person in der Bedarfsgemeinschaft, die die Leistungen erhält	
Vorname	Familienname
Höhe der Leistung	Zahlungsrhythmus

5. Angaben zu den Kosten der Unterkunft

Die unter Abschnitt 2 genannte Person ist nicht Eigentümerin bzw. Eigentümer oder Mieterin bzw. Mieter der gemeinsamen Wohnung. Sie wohnt unentgeltlich. Sie beteiligt sich in folgender Höhe an den Kosten der Unterkunft: Monatliche Höhe der Zahlung in Euro
Die unter Abschnitt 2 genannte Person ist Eigentümerin bzw. Eigentümer oder Mieterin bzw. Mieter der gemeinsamen Wohnung. Die Bedarfsgemeinschaft wohnt unentgeltlich. Die Bedarfsgemeinschaft beteiligt sich in folgender Höhe an den Kosten der Unterkunft: Monatliche Höhe der Zahlung in Euro
Monatliche Höhe der Gesamtzahlung, die für die gesamte Unterkunft anfällt, in Euro (soweit bekannt)
► Wenn eine Pauschale gezahlt wird, die neben Unterkunft auch Verpflegung umfasst, geben Sie hier bitte nur den Teil an, der auf die Unterkunft entfällt. ► Bitte informieren Sie die Verwandten oder Verschwägerten, dass Mieteinnahmen grundsätzlich zu versteuerndes Einkommen sind, das beim Finanzamt im Rahmen der Steuererklärung anzugeben ist.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--

Bearbeitungsvermerke Nur vom Jobcenter auszufüllen
In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:
Handzeichen, Datum
Unterschrift der Kundin/des Kunden

Name, Vorname:,

Kundennummer:

Entgeltliche Überlassung von Wohnraum an Dritte Untermietbescheinigung

- ☐ Ich bin Untermieter/in und weise hiermit meine Bedarfe für Unterkunft und Heizung nach.
- ☐ Ich bin Hauptmieter/in und zeige hiermit eine Verringerung meiner Bedarfe für Unterkunft und Heizung an.
- ☐ Anlage zum Wohnungsangebot / Untermietvertrag

1. Hauptmieter/in:
(Name, Vorname)

2. Untermieter/in:
(Name, Vorname)

3. Anschrift der Wohnung:

4. Anzahl aller in der Wohnung lebenden Personen:

5. Besteht zwischen Hauptmieter/in und Untermieter/in ein Verwandtschaftsverhältnis?

☐ ja ☐ nein

6. Besteht zwischen Hauptmieter/in und Untermieter/in eine Lebenspartnerschaft?

☐ ja bitte Formular VE ausfüllen, sofern noch nicht geschehen ☐ nein

7. Gesamtgebäudefläche: ☐ bis 250 m² ☐ 251 – 500 m²
☐ 501 – 1000 m² ☐ über 1000 m²

8. Gesamtwohnfläche: m² untervermieteter Wohnflächenanteil: m²

9. Nebenräume: Küche: m² Bad/WC: m²

Flur: m² sonstiger Nebenraum: m²

10. Nettokaltmiete gesamt: Euro

11. Betriebskosten kalt: Euro

12. Bruttokaltmiete gesamt: Euro

13. Heizkosten gesamt: Euro

14. Heizungsart:

- ☐ Zentralheizung Heizöl (Heizanlage im Haus) ☐ Zentralheizung Erdgas (Heizanlage im Haus)
- ☐ Fernwärme ☐ Erdgas-Einzelheizung ☐ Gasetagenheizung in der Wohnung
- ☐ Kohle ☐ Strom-Einzelheizung ☐ Strom Nachtspeicherofen

15. Warmwasserkosten gesamt: _____ Euro (soweit bekannt)

16. Warmwassererzeugung erfolgt über:

- ☐ Zentralheizung Heizöl / Erdgas (Heizanlage im Haus) ☐ über Fernwärme
- ☐ über Gasetagenheizung in der Wohnung ☐ über Gasdurchlauferhitzer ☐ über Elektroboiler

Untermiete:

17. Untermiete nettokalt: _____ Euro

18. Betriebskosten kalt: _____ Euro

19. Untermiete bruttokalt: _____ Euro

20. Heizkosten: _____ Euro

21. Strom: _____ Euro

22. Telefon: _____ Euro

23. Internet: _____ Euro

24. sonstige Kosten: _____ Euro

Hinweis: Kosten für Strom, Telefon und Internet gehören nicht zu Bedarfen für Unterkunft und Heizung im Sinne des § 22 Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II).

25. voraussichtlicher Beginn Untermietvertrag am: _____

26. Liegt eine Befristung des Untermietvertrages vor?

- ☐ ja ☐ nein ☐ wenn ja, bis wann: _____

27. Die untervermieteten Räume wurden ☐ leer ☐ möbliert überlassen.

Ort, Datum:

Ort, Datum:

Unterschrift
Antragsteller/in oder Hauptmieter/in

Unterschrift
Antragsteller/in oder Untermieter/in

Erklärung zum dauernden Getrenntleben

Eingangsstempel

1 Steuernummer

2 Identifikationsnummer

Antragstellende Person

Ehegatte

An das Finanzamt

3 Bei Wohnsitzwechsel: bisheriges Finanzamt

Angaben zur Person

5 Antragstellende Person / Name

Geburtsdatum

6 Vorname

7 Straße, Hausnummer

8 Postleitzahl, Wohnort

9 Telefon: Vorwahl

Rufnummer

10 Ich erkläre, dass ich von meinem Ehegatten dauernd getrennt lebe seit:

Ehegatte / Name

Geburtsdatum

12 Vorname

13 Straße, Hausnummer (falls abweichend)

14 Postleitzahl, Wohnort (falls abweichend)

15 Ein **dauerndes Getrenntleben** ist anzunehmen, wenn die zum Wesen der Ehe gehörende Lebens- und Wirtschaftsgemeinschaft nach dem Gesamtbild der Verhältnisse auf die Dauer nicht mehr besteht. Dabei ist unter Lebensgemeinschaft die räumliche, persönliche und geistige Gemeinschaft der Ehegatten, unter Wirtschaftsgemeinschaft die gemeinsame Erledigung der die Ehegatten gemeinsam berührenden wirtschaftlichen Fragen ihres Zusammenlebens zu verstehen.

Ich bestätige, dass die vorstehenden Voraussetzungen in meiner Ehe zutreffen. Ein Getrenntleben aus anderen Gründen (z.B. räumliche Trennung wegen verschiedener Arbeitsorte oder wegen Fehlens einer gemeinsamen Wohnung) liegt nicht vor.

16 (Datum, Unterschrift)

17 Verfügung des Finanzamts

18 1. Anhörung des anderen Ehegatten durchgeführt

2. Steuerlicher Familienstand „Dauernd getrennt lebend“³ gespeichert

Gültig ab

19 3. Kopie an das Wohnsitzfinanzamt des anderen Ehegatten abgesandt

4. z.d.A.

(Sachgebietsleiter)

(Datum)

(Sachbearbeiter)