Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und Leistungen zur Bildung und Teilhabe nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) - Bürgergeld -

Füllen Sie bitte den Antragsvordruck (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus.
Die Antragsformulare finden Sie auch im Internet unter www.landkreis-peine.de.

ausgehändigt: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende — Landkreis Peine - Jobcenter

Eingangsstempel

Nr. der Bedarfsgemeinschaft _____

Aktenzeichen _____

- nicht vom Antragsteller auszufüllen -

Beachten Sie bitte, dass dieser Antrag gemäß § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II in der Regel auf den Ersten des Monats zurückwirkt und Sie somit alle leistungsrelevanten Tatsachen (insbesondere Zufluss von Einkommen) für den gesamten Monat (auch für die Zeit ab dem Ersten des Monats) angeben müssen.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Familienname/ggf. Geburtsname _____

Vorname _____ Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Geburtsland _____

Staatsangehörigkeit _____ ☐ Spätaussiedlerin/Spätaussiedler

Rentenversicherungsnummer _____

Straße, Hausnummer _____ ggf. wohnhaft bei _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefonnummer/n _____ E-Mail-Adresse _____

Bankverbindung — BIC und IBAN finden Sie in der Regel auf Ihrem Kontoauszug

BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Kontoinhaberin/Kontoinhaber _____ Kreditinstitut _____

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft ☐ verwitwet

☐ dauernd getrennt lebend/ gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft aufgehoben seit _____ (Tag/Monat/Jahr)

☐ geschieden seit _____ (Tag/Monat/Jahr)

2. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung

2a Welchen Aufenthaltsstatus haben Sie (Rechtsgrundlage)?

_____

Legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z.B. Aufenthaltsgestattung, Aufenthaltserlaubnis, Duldung) vor.

2b Sind Sie - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben? ☐ Ja ☐ Nein

2c Sind Sie Schülerin/Schüler, Beginn _____ Ende _____ (Tag/Monat/Jahr) oder ☐ Ja ☐ Nein

Studentin/Student, Beginn _____ Ende _____ (Tag/Monat/Jahr) oder ☐ Ja ☐ Nein

befinden Sie sich in einer beruflichen Ausbildung,

Beginn _____ Ende _____ (Tag/Monat/Jahr)? ☐ Ja ☐ Nein

Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung, Studienbescheinigung oder den Ausbildungsvertrag vor.

2d Ich bin Spätaussiedlerin/Spätaussiedler und besitze noch nicht die deutsche Staatsbürgerschaft? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, legen Sie bitte den Aufnahmebescheid vor.

2e Befinden Sie sich zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z.B. Krankenhaus, JVA)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Unterbringung (Tag/Monat/Jahr) vom _____ bis _____

bzw. ab _____ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

2f Angaben zu den Personen der **Bedarfsgemeinschaft**

Wie viele weitere Personen gehören zu Ihrer Bedarfsgemeinschaft? ____ Person/en

Leben Sie zusammen mit (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Ihrer/Ihrem nicht dauernd getrennt lebenden Ehegattin/Ehegatten,
- ☐ Ihrer/Ihrem nicht dauernd getrennt lebenden eingetragenen gleichgeschlechtliche Lebenspartnerin/Lebenspartner,
- ☐ Ihrer Partnerin, Ihrem Partner in Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft,
- ☐ einem unverheirateten Kind unter 25 Jahren oder mehreren Kindern,
- ☐ Ihren Eltern bzw. einem Elternteil oder dessen Partner (nur anzukreuzen, wenn Sie unter 25 Jahre alt sind)?

Tragen Sie bitte die Person/en ein, die außer Ihnen zur Bedarfsgemeinschaft gehören:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in bzw. zum/zur Partner/in	Kundennummer

Bitte füllen Sie zusätzlich für die oben genannte/n Person/en ab 15 Jahre (z.B. Partner, Eltern, Kinder) jeweils **Anlage WEP** aus. Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte **Anlage KI** aus.

2f Wohnen in Ihrem Haushalt auch Personen, die ggf. nicht zur Bedarfsgemeinschaft, jedoch zur **Haushaltsgemeinschaft** gehören? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele Personen sind das? ____ Person/en.

Für Verwandte oder Verschwägerte (z. B. Großeltern, Geschwister, Onkel, Tante, Neffe) füllen Sie bitte **Anlage HG** aus. Für sonstige nicht verwandte Personen (z. B. Ihre Partnerin/Ihr Partner) füllen Sie bitte **Anlage VE** aus.

3. Angaben für die Prüfung eines Mehrbedarfes

Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, sofern Sie einen Mehrbedarf beanspruchen.

3a Schwangere haben einen Anspruch auf Mehrbedarf.

Geben Sie gegebenenfalls den voraussichtlichen Entbindungstermin an _____ (Tag/Monat/Jahr).

Bitte legen Sie geeignete Nachweise vor.

3b Sind Sie alleinerziehend? ☐ Ja ☐ Nein

3c Haben Sie eine Behinderung und erhalten Sie folgende Leistungen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, legen Sie bitte den aktuellen Bewilligungsbescheid vor.

- ☐ 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)

3d Benötigen Sie aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändigere Ernährung? ☐ Ja ☐ Nein
Bitte legen Sie die **Ärztliche Bescheinigung zur Anerkennung eines Mehrbedarfes für kostenaufwendige Ernährung** vor.

3e Sind Sie nicht erwerbsfähig und Inhaber eines Ausweises (nach § 69 Abs. 5 SGB IX) mit dem Merkzeichen G? Legen Sie bitte den entsprechenden amtlichen Ausweis vor. ☐ Ja ☐ Nein

3f Besteht bei Ihnen regelmäßig ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf aufgrund eines besonderen Lebensumstands (z. B. Kosten für den Besuch eines außerhalb der Bedarfsgemeinschaft lebenden Elternteils)? Wenn ja, füllen sie bitte **Anlage BEBE** aus. ☐ Ja ☐ Nein

3g Sind Sie Schülerin/Schüler und entstehen Ihnen Kosten für Schulbücher/Arbeitshefte? ☐ Ja ☐ Nein

4. Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Füllen Sie bitte für sich und ggf. für jede weitere Person der Bedarfsgemeinschaft jeweils **Anlage EK** aus. Zum Einkommen gehören auch Sozialleistungen und Renten etc. Bei Erwerbseinkommen aus unselbständiger Tätigkeit lassen Sie bitte außerdem die **Einkommensbescheinigung** durch den Arbeitgeber ausfüllen. Bei Erwerbseinkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte **Anlage EKS** aus.

5. Angaben zu den Vermögensverhältnissen

Tragen Sie bitte die Angaben zu **allen** Personen der Bedarfsgemeinschaft in die **Anlage VM** ein.

6. Weitere Angaben, die für die Leistungsgewährung von Bedeutung sein können

6a Innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung (Mehrfachnennungen möglich)

☐ war ich sozialversicherungspflichtig beschäftigt,
☐ war ich selbständig tätig,
☐ habe ich Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld) bezogen
☐ habe ich Wehr- oder Zivildienst geleistet,
☐ habe ich Angehörige gepflegt (Pflege im Sinne des SGB XI).

Tragen Sie bitte die entsprechenden Zeiträume ein:

von	bis	Arbeitgeber/Behörde/Leistungsträger	beschäftigt/tätig als/Leistung

6b Ruht Ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Eintritts einer Sperrzeit gemäß § 144 SGB III? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, der Anspruch ruht vom _____ bis _____ (Tag/Monat/Jahr).
Legen Sie bitte den Sperrzeitbescheid von Ihrer Agentur für Arbeit vor.

6c Ist der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Eintritts einer Sperrzeit gemäß § 147 SGB III erloschen? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, ab _____ (Tag/Monat/Jahr). Legen Sie bitte den Bescheid über das Erlöschen des Anspruches auf Arbeitslosengeld von Ihrer Agentur für Arbeit vor.

7. Angaben zur Sozialversicherung

7a Sind Sie bei einer **gesetzlichen** Krankenkasse pflicht-, familien- oder freiwillig versichert? *) ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Name und Sitz der Krankenkasse _____

Krankenversichertennummer (KV-Nr.) _____

Wenn nein, ☐ ich bin zurzeit privat krankenversichert. Füllen Sie bitte **Anlage SV Abschnitt 1** aus.
☐ ich bin zurzeit nicht krankenversichert. Füllen Sie bitte **Anlage SV Abschnitt 2** aus.

7b Nachfolgende Angaben sind erforderlich, wenn Sie getrennt lebend sind, da Sie ggf. familienversichert werden können.

Ist Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte bzw. Ihre eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerin/Ihr eingetragener gleichgeschlechtlicher Lebenspartner pflichtversichert? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Name und Sitz der Krankenkasse _____

Krankenversichertennummer (KV-Nr.) _____

7c Nachfolgende Angaben sind erforderlich, wenn Sie das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, da Sie ggf. bei einem Elternteil familienversichert werden können.

Ist Ihre Mutter/Ihr Vater pflichtversichert? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Name, Vorname, Geburtsdatum der hauptversicherten Person (Mutter oder Vater) _____

Name und Sitz der Krankenkasse _____

Krankenversichertennummer (KV-Nr.) _____

7d ☐ Ich war bisher bei der gesetzlichen Rentenversicherung versichert.

☐ Ich war bisher nicht rentenversichert:

Die Rentenversicherungsnummer ☐ wurde beantragt oder

☐ soll von Ihrem Leistungsträger beantragt werden.

8. Sonstige Ansprüche gegenüber Dritten (z. B. Unterhaltsansprüche oder Schadensersatzansprüche)

8a Wenn eine oder mehrere Aussagen zutreffen, füllen Sie bitte die entsprechende **Anlage UH** aus:

☐ Ich lebe bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner lebt getrennt von der Ehegattin/vom Ehegatten bzw. von der eingetragenen gleichgeschlechtlich Lebenspartnerin/vom eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner. Füllen Sie bitte **Anlage UH1** aus.

☐ Ich bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner war bereits verheiratet und diese Ehe wurde geschieden bzw. diese eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft wurde aufgelöst. Füllen Sie bitte **Anlage UH1** aus.

☐ Ein nicht verheiratetes/ nicht in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft lebendes Mitglied in der Bedarfsgemeinschaft ist schwanger oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren und kann deshalb nicht arbeiten. Füllen Sie bitte **Anlage UH2** aus.

☐ Eine Person in der Haushaltsgemeinschaft hat einen Elternteil außerhalb der Bedarfsgemeinschaft und ist unter 18 Jahren oder zwischen 18 und 24 Jahren und in Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen. Füllen Sie bitte **Anlage UH3** für jede Person bzw. für jeden Elternteil außerhalb des Haushaltes aus.

☐ Antragsteller/in hat einen Elternteil außerhalb der Bedarfsgemeinschaft und ist unter 18 Jahren oder zwischen 18 und 24 Jahren und in Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen. Füllen Sie bitte **Anlage UH4** für jeden Elternteil außerhalb des Haushaltes aus.

8b Haben Sie einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlichen Behandlungsfehler, tätliche Auseinandersetzung) und sind Sie deshalb hilfebedürftig geworden? Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage UF** aus. ☐ Ja ☐ Nein

8c Haben Sie Ansprüche 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

Wenn ja, geben Sie bitte den zutreffenden Anspruch an und legen entsprechende Nachweise vor.

9. Angaben zu den Kosten der Unterkunft und Heizung

Entstehen Ihnen Kosten für Unterkunft und Heizung? Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage KDU** aus. ☐ Ja ☐ Nein

Hinweis zu Bildung und Teilhabeleistungen (BuT) nach § 28 SGB II

Mit diesem Antrag beantragen Sie für Ihre Kinder dem Grunde nach Bildungs- und Teilhabeleistungen. Reichen Sie bitte mit dem separat ausgehändigten BuT- Antrag Nachweise ein, wenn Sie entsprechende Geldleistungen abrufen wollen (z.B. Mittagessen, Lernförderung, Schülerbeförderungskosten, Klassenfahrten- und Ausflüge, Freizeiten, Vereinsbeiträge). Sofern Sie keinen BuT - Bedarf geltend machen, erfolgt keine gesonderte Bescheiderteilung.

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 Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, 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. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen erhalten.

Das "Merkblatt für den Leistungsbezug" habe ich erhalten und kenne dessen Inhalt. Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Folgende Anlagen sind dem Hauptantrag beigefügt:

☐ Anlage WEP
☐ Anlage KI Anzahl ___
☐ Anlage HG Anzahl ___
☐ Anlage VE Anzahl ___
☐ Anlage KDU

☐ Anlage EK Anzahl ___
☐ EK-Bescheinigung Anzahl ___
☐ Anlage EKS
☐ Anlage VM Anzahl ___
☐ Anlage SV Anzahl
☐ BuT-Anträge Anzahl ___

☐ Anlage UH1 Anzahl ___
☐ Anlage UH2 Anzahl ___
☐ Anlage UH3 Anzahl ___
☐ Anlage UH4 Anzahl ___
☐ Anlage UF Anzahl ___
☐ Anlage BEBE Anzahl ___

Ich versichere, dass die Angaben zutreffend sind.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Daten, die von der Bundesagentur für Arbeit zur Gewährung des Arbeitslosengeldes erhoben und verarbeitet wurden, im Rahmen dieser Antragstellung durch das Jobcenter verwendet werden dürfen. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

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

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

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

Ist eine Betreuerin/ein Betreuer vom Vormundschaftsgericht bestellt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, durch _____ AZ.: _____

Wirkung der Betreuung _____ Bitte Nachweise vorlegen.

Ort/Datum	Unterschrift Betreuerin/Betreuer

Unterschriften aller weiteren Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft die das 15. Lebensjahr vollendet haben.
Ich bestätige die Richtigkeit der mich betreffenden Angaben im Antrag sowie den Anlagen zum Antrag. Von dem Inhalt der Pflichtenbelehrung habe ich Kenntnis genommen.

Name, Vorname		Unterschrift	
Name, Vorname		Unterschrift	
Name, Vorname		Unterschrift	
Name, Vorname		Unterschrift	
Name, Vorname		Unterschrift	
Name, Vorname		Unterschrift	

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. 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.