

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 www.jobcenter.digital 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 www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

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 ^①	<input type="checkbox"/> 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. ^②	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

2. Antragstellung ^③

<input type="checkbox"/> ab sofort
<input type="checkbox"/> ab einem späteren Zeitpunkt: _____

3. Mein Familienstand und meine Wohnsituation

3.1 Mein Familienstand

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit: _____			
<input type="checkbox"/> geschieden seit: _____			
<input type="checkbox"/> 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. (4) (5) (6)

Ich wohne allein

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

Ich wohne zusammen mit: (7)

► 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 **Anlage WEP** aus.

meiner eingetragenen Lebenspartnerin/meinem eingetragenen Lebenspartner

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

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

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

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

► Bitte füllen Sie für jedes Kind eine eigene **Anlage WEP** aus.

_____ unverheirateten Kind(ern) unter 15 Jahren

► Bitte füllen Sie für jedes Kind eine eigene **Anlage KI** aus.

meinen Eltern beziehungsweise einem Elternteil

► Sind Sie als Antragstellerin/als Antragsteller unter 25 Jahre alt, füllen Sie bitte für Ihre Eltern jeweils eine **Anlage WEP** aus. Sind Sie 25 Jahre oder älter, füllen Sie bitte für Ihre Eltern jeweils eine **Anlage HG** 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 **Anlage HG** 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 **Anlage VE** 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 (30)

► 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 (31)

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. (9) Ja Nein

Ich bin **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**. (8) 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**. (10) 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. (10)

► Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise vor.

Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (zum Beispiel Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). (11) 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.

5. Prüfung eines Mehrbedarfs

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

Ich bin **alleinerziehend**.

Ich bin **schwanger**. (12)

► Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.

Ich habe einen Mehrbedarf für die **dezentrale Warmwassererzeugung** (zum Beispiel Durchlauferhitzer/Boiler). (13)

Ich benötige aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**. (14)

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

Ich habe eine **Behinderung und erhalte** (15)

- 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**. (16)

► 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). (17)

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

Ich bin **Schülerin/Schüler** und habe Kosten für **Schulbücher/Arbeitshefte**. (17a)

► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

6. Einkommen und Vermögen 18 19

► Zur Prüfung Ihrer Einkommensverhältnisse füllen Sie bitte die **Anlage EK** aus. Bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit füllen Sie bitte **zusätzlich** die **Anlage EKS** aus.

► Bei einer Antragstellung ist grundsätzlich die Vorlage von Kontoauszügen erforderlich. Bitte legen Sie daher Kontoauszüge der letzten drei Monaten vor. 42

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 **Anlage VM** 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 20

► 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 21

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 22

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. 23

Leistungsart

Antragsdatum

Sozialleistungsträger/Familienkasse

► Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis vor.

<input type="checkbox"/>	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).	
<input type="checkbox"/>	Ich lebe getrennt von meiner Ehegattin/meinem Ehegatten oder meiner eingetragenen Lebenspartnerin/meinem eingetragenen Lebenspartner. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH1 aus.
<input type="checkbox"/>	Ich bin geschieden oder meine eingetragene Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH1 aus.
<input type="checkbox"/>	Ich bin schwanger oder betreue ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH2 aus.
<input type="checkbox"/>	Ich bin <ul style="list-style-type: none"> • unter 18 Jahre alt oder • zwischen 18 und 24 Jahre alt und mache eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen und mindestens ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH4 aus.
<input type="checkbox"/>	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 Anlage UF aus.
<input type="checkbox"/>	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 24 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ▶ Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor.	

8. Kranken- und Pflegeversicherung 25 26

8.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

<input type="checkbox"/>	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:
<input type="checkbox"/>	der bisherigen Krankenkasse
Name der Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer (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.	
<input type="checkbox"/>	einer anderen Krankenkasse
Name der Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)
▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Krankenkassenwahl vor, wenn Sie die Krankenkasse wechseln. 25	

