



Zutreffendes bitte ankreuzen!



Weitere Informationen finden Sie in den Ausfüllhinweisen!

Die Ausfüllhinweise und weitere Anlagen finden Sie auch im Internet unter www.stuttgart.de oder www.arbeitsagentur.de.

Jobcenter

HA

Bearbeitungsvermerke

Wird vom Jobcenter ausgefüllt.

Tag der Antragstellung

Wirkung der Antragstellung

Sachgebiet/Aktenzeichen

Zweigstelle

Kundennummer

Eingangsstempel

Antragstellerin/Antragsteller hat sich ausgewiesen durch

- Bundespersonalausweis
 - Pass
 - Aufenthaltstitel
 - sonstiges Ausweispapier
- gültig bis

AZR-Nr.

Handzeichen, Datum

Antrag vollständig am

Handzeichen, Datum

Hauptantrag

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

1 Meine persönlichen Daten

1.1 Allgemein

| | | | |
|---|---------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr | | Vorname | |
| Familienname | | Geburtsname (sofern abweichend) | |
| Geburtsort | | Geburtsdatum | |
| Geburtsland | | Staatsangehörigkeit | |
| Sozialversicherungsnummer ① | | Steueridentifikationsnummer | |
| Straße, Hausnummer | | | |
| ggf. wohnhaft bei | | | |
| Postleitzahl | Wohnort | | |
| ▶ Die Angaben zur Telefonnummer und zur E-Mail-Adresse sind freiwillig. ② | | | |
| Telefonnummer | | E-Mail-Adresse | |

1.2 Mein Familienstand

| | | | |
|---|--|--|--|
| Ich bin | | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ | |
| <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ | | <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ | |
| Meine gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft ist | | | |
| <input type="checkbox"/> eingetragen seit _____ | | <input type="checkbox"/> aufgehoben seit _____ | |

1.3 Meine Bankverbindung

▶ SGB II-Leistungen werden in der Regel auf ein Konto überwiesen.

| | | | |
|-----------------------------|--|---|--|
| Kontoinhaberin/Kontoinhaber | | Kreditinstitut | |
| BIC | | ▶ BIC und IBAN finden Sie in der Regel auf Ihrem Kontoauszug. ③ | |
| IBAN | | | |

1.4 Meine persönlichen Angaben

Ich habe für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen ja nein
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

Ich bin **Spätaussiedlerin** bzw. **Spätaussiedler**. ④ ja nein

Ich bin **Asylbewerberin** bzw. **Asylbewerber**. ⑤ ja nein
▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor, wenn Sie Asylbewerber/-in sind.

Ich bin - meiner Einschätzung nach - **gesundheitlich** in der Lage, ⑥ eine Tätigkeit von mindestens **drei Stunden täglich** auszuüben. ja nein

Ich bin **Schülerin** bzw. **Schüler**. ⑦ ja nein
Dauer der Schulausbildung (von - bis) ▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.

Ich bin **Studentin** bzw. **Student**. ⑦ ja nein
Dauer des Studiums (von - bis) ▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.

Ich habe Leistungen nach dem **Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)** beantragt. ja nein
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis über die Antragstellung oder - soweit über Ihren (BAföG)-Antrag bereits entschieden wurde - den entsprechenden Bescheid über die Bewilligung oder Ablehnung vor.

Ich bin **Auszubildende** bzw. **Auszubildender**. ⑦ ja nein
Dauer der Ausbildung (von - bis) ▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.

Während der Ausbildung bin ich in einem **Wohnheim, Internat** oder beim **Ausbilder mit voller Verpflegung** oder **anderweitig mit Kostenerstattung** für Unterkunft und Verpflegung untergebracht. ja nein
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (z. B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Justizvollzugsanstalt). ⑧ ja nein
Dauer der Unterbringung (von - bis) ▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.

bei „nein“ Auftrag an MPD

Schulbescheinigung

Studienbescheinigung

Ausbildungsvertrag

2 Personen in meiner Bedarfs- bzw. Haushaltsgemeinschaft ⑨

▶ Leben Sie allein, dann füllen Sie bitte ab Ziffer 3 weiter aus.

Zu meinem Haushalt gehören folgende Personen: ⑫

| Name, Vorname | Geburtsdatum | Verwandtschaftsverhältnis zur Antragstellerin/zum Antragsteller | Kundennummer |
|---------------|--------------|---|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Folgende Aussagen treffen auf die Personen in meinem Haushalt zu:

▶ Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

- Ich lebe zusammen mit meiner **Ehegattin**/meinem **Ehegatten**. Wir leben **nicht** dauernd getrennt.
- Ich lebe zusammen mit meiner **eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerin**/meinem **eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner**. Wir leben **nicht** dauernd getrennt.
- Ich lebe mit meiner Partnerin/meinem Partner in einer **Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft** („eheähnliche Gemeinschaft“). ⑩
- Ich lebe mit mindestens einem unverheirateten Kind unter 25 Jahren zusammen.
- Ich bin unter 25 Jahre alt und lebe mit meinen Eltern bzw. einem Elternteil zusammen.

Anlage HG

Anlage VE

2.1 Persönliche Daten der weiteren Person(en) meiner Bedarfs- bzw. Hausgemeinschaft (11)

► Bitte füllen Sie für jedes Kind unter 15 Jahren die **Anlage KI** und für alle anderen Personen, die Sie vertreten, jeweils die **Anlage WEP** aus.

- Ich füge diesem Antrag _____ **Anlage(n) KI** bei.
 Ich füge diesem Antrag _____ **Anlage(n) WEP** bei.

- Anlage KI
 Anlage WEP

3 Prüfung eines Mehrbedarfs

Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf geltend machen möchten.

- Ich bin **alleinerziehend**.
 Ich bin **schwanger**.
 ► Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht. (14)
-
- Ich benötige aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**. (15)
 ► Bitte füllen Sie die **Anlage MEB** aus.
-
- Ich habe eine **Behinderung** und erhalte
 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX **oder**
 sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes **oder**
 Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 SGB IX.
 ► Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor. (16)
-
- Ich bin **nicht erwerbsfähig** und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G**. (17)
 ► Bitte legen Sie Ihren Schwerbehindertenausweis vor.
-
- Ich habe regelmäßig einen **unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarf**, den ich nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (z. B. Kosten für den Besuch eines außerhalb der Bedarfs- bzw. Haushaltsgemeinschaft lebenden Kindes). (18)
 ► Bitte füllen Sie die **Anlage BB** aus.

- Anlage MEB

- Anlage BB

4 Einkommen (19)

Bitte füllen Sie für sich und ggf. für jede weitere Person Ihrer Bedarfs- bzw. Haushaltsgemeinschaft ab 15 Jahren jeweils die **Anlage EK** aus. Bei Einkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte **zusätzlich** die **Anlage EKS** aus.

- Anlage EK
 Anlage EKS

5 Vermögen (20)

Bitte tragen Sie Angaben über die Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen Ihrer Bedarfs- bzw. Haushaltsgemeinschaft in die **Anlage VM** ein.

- Anlage VM

6 Vorrangige Ansprüche (21)

6.1 Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit (22)

► Wenn Sie Arbeitslosengeld nach dem SGB III bereits beantragt haben, tragen Sie dies bitte bei **Ziffer 6.4** ein. Sollte das Arbeitslosengeld aktuell bereits bewilligt sein, tragen Sie dies in **Anlage EK, Ziffer 2**, ein, auch dann, wenn eine Sperrzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben bei **Ziffer 6.1** machen.

► Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf Arbeitslosengeld bestehen könnte.

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung

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

habe ich **sozialversicherungspflichtig** gearbeitet.

| von - bis | Arbeitgeber | Art der Tätigkeit |
|-----------|-------------|-------------------|
| | | |

Eine Person in meiner Bedarfsgemeinschaft bzw. meinem Haushalt ist

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

Ein Elternteil dieser Person lebt außerhalb der Bedarfs- bzw. Haushaltsgemeinschaft.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage UH3** aus.

Ich bin

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

Mindestens ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfs- bzw. Haushaltsgemeinschaft.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage UH4** aus.

Ich habe einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung). Ich bin deshalb hilfebedürftig geworden.

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

Ich habe einen Anspruch gegenüber Dritten (z. B. aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen). (23)

Bezeichnung des Anspruchs

▶ Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach.

Anlage UH3

Anlage UH4

Anlage UF

6.4 Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen (24)

Ich habe schon andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld nach dem SGB III) **beantragt** oder **beabsichtige, einen Antrag zu stellen**.

▶ Bitte tragen Sie die Leistungsart sowie die weiteren Angaben dazu unten ein.

Für ein Kind unter 15 Jahren wurden andere Leistungen beantragt oder es ist beabsichtigt, einen entsprechenden Antrag zu stellen, z. B. Kindergeld, Kinderzuschlag.

| | |
|---|-------------------------------------|
| Leistungsart | Sozialleistungsträger/Familienkasse |
| Antragsdatum | Leistungen beantragt ab |
| Name des Kindes (bei Leistungen für ein Kind unter 15 Jahren) | |

▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, sofern schon über Ihren Antrag/Ihre Anträge entschieden wurde.

7 Sozialversicherung

7.1 Kranken- und Pflegeversicherung (25)

7.1.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ich bin in der **gesetzlichen Krankenversicherung** pflichtversichert.

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Name der Krankenkasse | Sitz der Krankenkasse |
|-----------------------|-----------------------|

▶ Bitte legen Sie eine aktuelle Mitgliedsbescheinigung vor.

▶ Nachfolgende Angaben sind erforderlich, um eine Familienversicherung zu prüfen. (26)

Meine getrennt lebende Ehegattin/Mein getrennt lebender Ehegatte bzw. meine getrennt lebende eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerin/mein getrennt lebender eingetragener gleichgeschlechtlicher Lebenspartner ist **gesetzlich pflicht-** oder **freiwillig gesetzlich versichert**.

▶ Bitte füllen Sie Ziffer 7.1.2 aus.

Ich bin **jünger als 25 Jahre** und meine Mutter/mein Vater ist **gesetzlich pflicht-** oder **freiwillig gesetzlich versichert**.

▶ Bitte füllen Sie Ziffer 7.1.2 aus.

Anmeldung zur Krankenversicherung in LÄMMkom erfolgt am _____

Mitgliedsbescheinigung

7.1.2 Familienversicherung 26

Ich bin in der **gesetzlichen Krankenversicherung** familienversichert bei meiner/
meinem

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ehegattin/Ehegatten | <input type="checkbox"/> eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner/-in |
| <input type="checkbox"/> getrennt lebenden Ehegattin/Ehegatten | <input type="checkbox"/> getrennt lebenden eingetragenen gleichgeschlechtliche Lebenspartner/-in |
| <input type="checkbox"/> Mutter/Vater | <input type="checkbox"/> _____ |

| | | |
|---------------|-----------------------|-----------------------|
| Familiennamen | Vorname | |
| Geburtsdatum | Name der Krankenkasse | Sitz der Krankenkasse |

7.1.3 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Versicherung

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat oder freiwillig gesetzlich krankenversichert. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage SV, Ziffer 3 , aus. |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nicht krankenversichert. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage SV, Ziffer 4 , aus. |

Anlage SV

Anlage SV

7.2 Rentenversicherung

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ich bin in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert. |
| <input type="checkbox"/> Ich bin von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht befreit. ▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor. |

Nachweis der Befreiung

8 Kosten der Unterkunft und Heizung

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Mir entstehen Kosten für Unterkunft und Heizung. |
| <input type="checkbox"/> Ich wohne mietfrei. |
| <input type="checkbox"/> Ich habe wechselnde Unterkünfte. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage KDU aus. |

Anlage KDU

9 Antragstellung ab einem späteren Zeitpunkt

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ich beantrage Leistungen nach dem SGB II erst mit Wirkung zum |
|--|

Beachten Sie bitte, dass Ihr Antrag in der Regel auf den Ersten des Monats zurückwirkt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II) und Sie deshalb Angaben - insbesondere zum Zufluss von Einkommen - für den kompletten Monat Ihrer Antragstellung machen müssen. Sie haben jedoch auch die Möglichkeit, die Leistungen erst ab einem bestimmten Zeitpunkt zu begehren. Eine abweichende Bestimmung mit Wirkung für die Zukunft ist nur ab dem Ersten eines nachfolgenden Monats möglich.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe Merkblatt SGB II). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 SGB I und der §§ 67a, b, c SGB X für die Leistungen nach dem SGB II erhoben.

Sie haben erklärt, als Vertreterin/Vertreter Ihrer Bedarfs- bzw. Haushaltsgemeinschaft zu handeln. Auch die Angaben der Mitglieder Ihrer Bedarfs- bzw. Haushaltsgemeinschaft müssen vollständig und richtig sein.

Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfs- bzw. Haushaltsgemeinschaft mit der Rückforderung der zu viel gezahlten Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus. Beachten Sie bitte, dass das Jobcenter im Wege des automatisierten Datenabgleichs Auskünfte bei Dritten, z. B. über Beschäftigungszeiten, Kapitalverträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder Ihrer Bedarfs- bzw. Haushaltsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten.

Ich habe das Merkblatt „SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)“ 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** bestellt.

▶ Bitte legen Sie einen Nachweis über die Betreuung vor.
Aktenzeichen

Die Betreuung wirkt sich auf folgende Lebensbereiche aus:

| | |
|------------|----------------------------------|
| 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 |
|------------|--|

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen bei den Ziffern:

| | |
|------------|--|
| Ort, Datum | Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller |
|------------|--|

| | |
|------------|--|
| Ort, Datum | Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/ Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/ Antragsteller |
|------------|--|

statistische Erfassung abgeschlossen