

# Hauptantrag

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

Die Ausfüllhinweise und weitere Anlagen finden Sie auch im Internet unter [www.Jobcenter-Lippe.de](http://www.Jobcenter-Lippe.de)

Zutreffendes bitte ankreuzen

## 1. Meine persönlichen Daten

### 1.1 Allgemein

Anrede	Vorname
Familienname	ggf. Geburtsname
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt
Straße, Hausnummer	
ggf. wohnhaft bei	
Postleitzahl	Wohnort
<b>► Die Angaben zur Telefonnummer und zur E-Mail-Adresse sind freiwillig.</b>	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

### 1.2 Mein Familienstand

Ich bin

ledig  verheiratet  verwitwet

geschieden seit \_\_\_\_\_

dauernd getrennt lebend seit \_\_\_\_\_

Meine gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft ist

eingetragen  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.
<input type="text"/>	
IBAN	<input type="text"/>

**Bearbeitungsvermerke**  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Tag der Antragstellung

Kundennummer

Aktenzeichen

Servicebüro/Außenstelle

Team

Eingangsstempel

Antragstellerin/Antragsteller hat sich ausgewiesen durch

Bundespersonalausweis

Pass

Sonstiges Ausweispapier (z.B. elektronischer Aufenthaltstitel)

Gültig bis

AZR-Nummer

Handzeichen, Datum

Antrag vollständig am

Statistische Erfassung am

Arbeitsaufnahme am

Anlage EK/Einkommensbescheinigung ausgehändigt

Erste Lohn-/Gehaltszahlung am

Sonstiges (z.B. Schulausbildung/Berufsausbildung/Studium) ab

Handzeichen, Datum

## 1.4 Meine persönliche Angaben

Ich habe für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen.  Ja  Nein

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Ich bin **Spätaussiedlerin** bzw. **Spätaussiedler** und besitze noch nicht die deutsche Staatsangehörigkeit  Ja  Nein

► Falls ja, legen Sie bitte den Aufnahmebescheid vor.

Ich bin **Asylbewerberin** bzw. **Asylbewerber**.  Ja  Nein

► Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor, wenn Sie Asylbewerber/in sind.

Ich bin – meiner Einschätzung nach – **gesundheitslich** in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens **drei Stunden täglich** auszuüben.  Ja  Nein

► Wenn Sie „Nein“ angekreuzt haben, besteht für Sie möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen des SGB II. Sie können in diesem Fall Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen.

Ich bin **Schülerin** bzw. **Schüler**.  Ja  Nein

Dauer der Schulausbildung von - bis

► Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.

Ich bin **Studentin** bzw. **Student**.  Ja  Nein

Dauer des Studiums von - bis

► Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.

Ich habe Leistungen nach dem Berufsausbildungsbeförderungsgesetz (BAföG) beantragt  Ja  Nein

► Falls ja, legen Sie bitte 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**.  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.

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (z.B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt).  Ja  Nein

Dauer der Unterbringung von - bis

► Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.

## 2. Personen in meiner Bedarfsgemeinschaft

► Leben Sie allein, dann gehen Sie bitte zu Abschnitt 3.

Zu meiner Bedarfsgemeinschaft gehört/gehören \_\_\_\_\_ weitere Person(en).

Folgende Aussagen treffen auf meine Bedarfsgemeinschaft 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“).

Ich lebe mit mindestens einem unverheirateten Kind unter 25 Jahren zusammen.

Ich bin unter 25 Jahre alt und lebe mit meinem Eltern bzw. einem Elternteil zusammen.

Nur vom Jobcenter auszufüllen

\_\_\_\_\_

Aufnahmebescheid

\_\_\_\_\_

Schulbescheinigung

Studienbescheinigung

\_\_\_\_\_

Ausbildungsvertrag

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2.1 Persönliche Daten der weiteren Person/en meiner Bedarfsgemeinschaft

► Berücksichtigen Sie hier die Person/en, die außer Ihnen zur Bedarfsgemeinschaft gehört/gehören. Da Sie die Leistungen beantragen, wird davon ausgegangen, dass Sie auch die Vertretung Ihrer Bedarfsgemeinschaft übernommen haben. Dies gilt nicht mehr, wenn über 15-jährige Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Jobcenter erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen, z.B. durch eine eigene Antragstellung (§ 38 SGB II). Zu den nicht vertretenen Personen sind hier keine Angaben erforderlich.

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

## 2.2 Meine Haushaltsgemeinschaft

In meinem Haushalt wohnt/wohnen \_\_\_\_\_ weitere Person/en, die nicht zur Bedarfsgemeinschaft, jedoch zur Haushaltsgemeinschaft gehört/gehören.

► Bitte machen Sie Angaben zur Personen, mit denen Sie verwandt oder verschwägert sind, in der **Anlage HG**. Für alle anderen Personen, für die Sie keine Anlage KI oder WEP beifügen, füllen Sie bitte die **Anlage VE** aus.

- Anlage HG
- Anlage VE

## 3. 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 benötige aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**.  
► Bitte füllen Sie die **Anlage MEB** aus.
- Ich habe eine **Behinderung und** erhalte
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) **oder**
  - Sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes **oder**
  - Eingliederungshilfen nach 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)
- Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.
- Ich bin **nicht erwerbsfähig** und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 SGB IX mit dem **Merkzeichen G**.  
► Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.

- \_\_\_\_\_
- Anlage MEB

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- 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 Bedarfsgemeinschaft lebenden Elternteils).  
► Bitte füllen Sie die **Anlage BB** aus.

- Anlage BB

## 4. Bedarfe für Bildung und Teilhabe

Für die mit mir in Bedarfsgemeinschaft lebenden leistungsberechtigten Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene beantrage ich hiermit sämtliche nach § 28 SGB II in Frage kommenden Bedarfe für Bildung und Teilhabe.

► Zur Konkretisierung der von Ihnen gewünschten Leistungen reichen Sie bitte für jede Person, für die bereits ein konkreter Bedarf besteht, ein Antragsformular ein. Die Antragsformulare erhalten Sie im Jobcenter oder auf [www.jobcenter-lippe.de](http://www.jobcenter-lippe.de)

## 5. Einkommen

Es ist Einkommen vorhanden ja  nein

Bitte füllen Sie für sich und ggf. für jede weitere Person Ihrer Bedarfsgemeinschaft 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

## 6. Vermögen

Bitte tragen Sie Angaben über die Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft in die **Anlage VM** ein.

- Anlage VM

## 7. Vorrangige Ansprüche

### 7.1 Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit

► Wenn Sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) bereits beantragt haben, tragen Sie dies bitte in **Abschnitt 7.4** ein. Sollte das Arbeitslosengeld aktuell bereits bewilligt sein, tragen Sie dies in **Anlage EK Abschnitt 2** ein, auch dann, wenn eine Sperrzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben in **Abschnitt 7.1** 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.

war ich **sozialversicherungspflichtig** beschäftigt.

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

war ich **selbständig** tätig.

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

habe ich **Wehr- oder Ersatzdienst** geleistet.

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

habe ich **Entgeltersatzleistungen** erhalten (z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)).

von - bis	Behörde	Leistungen
von - bis	Behörde	Leistungen

## 7.2 Ansprüche gegenüber Arbeitgebern

Ich erhebe 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.)

Gehaltszahlungen (z.B. bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (z.B. bei noch ausstehenden Abfindungen.)

Arbeitgeber	Anschrift
Grund	
Gericht	Aktenzeichen

► Bitte geben Sie den Namen und den Ort des Gerichtes an, bei dem die Klage anhängig ist.

## 7.3 Ansprüche gegenüber Dritten

Ich lebe bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner lebt getrennt von der Ehegattin/dem

Ehegatten bzw. der eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerin/dem eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner.

► Bitte füllen Sie die **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 aufgehoben.

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

Ein nicht verheiratetes/nicht in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft

lebendes Mitglied meiner Bedarfsgemeinschaft ist schwanger oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren und kann deshalb nicht arbeiten.

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

Eine Person in 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 Bedarfsgemeinschaft

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH3** aus

\_\_\_\_\_

Anlage UH1

Anlage UH1

Anlage UH2

Anlage UH3

Ich bin bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner 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 lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft

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

Anlage UH4

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.

- Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung). Ich bin deshalb hilfebedürftig geworden.

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

Anlage UF

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

- Schadensersatzforderungen).

Bezeichnung des Anspruchs

▶ Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach.

\_\_\_\_\_

#### 7.4 Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen

- Ich habe schon andere Leistungen (z.B. Wohngeld, Arbeitslosengeld nach den Dritten Buch Sozialgesetzbuch (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.

Leistungsart	Sozialleistungsträger/Familienkasse
Antragsdatum	Leistung 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.

\_\_\_\_\_

#### 8. Kranken- und Pflegeversicherung

##### 8.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

- Ich bin in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflichtversichert.

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherternummer
-----------------------	-----------------------	---------------------------

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor. Ersatzweise können Sie auch Ihre gültige Krankenversichertenkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte vorlegen.

\_\_\_\_\_

- Ich bin familienversichert und bin künftig pflichtversichert bei

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherternummer
-----------------------	-----------------------	---------------------------

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor. Ersatzweise können Sie auch Ihre gültige Krankenversichertenkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte vorlegen.

\_\_\_\_\_

##### 8.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Versicherung

- Ich bin **privat** oder **freiwillig gesetzlich** kranken- und pflegeversichert.
- Ich bin **nicht** kranken- und pflegeversichert.

▶ Bitte füllen Sie **Anlage SV, Abschnitt 2** aus. ▶ Bitte füllen Sie **Anlage SV, Abschnitt 3** aus.

Anlage SV

#### 9. Kosten der Unterkunft und Heizung

- Mir entstehen Kosten für Unterkunft und Heizung.

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

Anlage KDU

**10. Antragstellung ab einem späteren Zeitpunkt**

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.

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.

**11. Einwilligungserklärung zum Datenschutz**

Ich bin damit einverstanden, dass Daten, die von der Agentur für Arbeit zur Gewährung des Arbeitslosengeldes nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) erhoben und verarbeitet

werden, im Rahmen dieser Antragstellung durch das Jobcenter verwendet werden dürfen. **Diese Einwilligungserklärung kann ich ohne jeden Nachteil verweigern und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.**

Sie haben erklärt, als Vertreterin/Vertreter Ihrer Bedarfsgemeinschaft zu handeln. Das heißt, alle Angaben im Antrag und den eingereichten Anlagen müssen richtig und vollständig sein. Auch die Angaben der Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft müssen vollständig und richtig sein. Nach Antragstellung eingetretene Änderungen, die sich auf die Leistungen auswirken können (z.B. Arbeitsaufnahme, Zahlungen anderer Sozialleistungsträger, Umzüge) sind dem Jobcenter Lippe unverzüglich mitzuteilen. Die Mitwirkungspflichten sind von allen Mitgliedern einer Bedarfsgemeinschaft zu beachten. Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft 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, Kapitalerträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten.

Merkblatt ausgehändigt

**Ich habe das Merkblatt „Jobcenter Lippe von A - Z“ 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.

► Legen Sie bitte einen Nachweis über die Betreuung vor  
Aktenzeichen

Betreuung gilt für folgende Lebensbereiche:

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 Lippe vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Ort/Datum

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

Kassenvermerke

Festgestellt Handzeichen, Datum

Angeordnet Handzeichen, Datum