

ANTRAG AUF LEISTUNGEN ZUR SICHERUNG DES LEBENSUNTERHALTES NACH DEM ZWEITEN BUCH SOZIALGESETZBUCH (SGB II)



- ARBEITLOSENGELD II / SOZIALGELD -

I. Allgemeine Daten des Antragstellers/der Antragstellerin	
Familiename	
Vorname	
Straße, Haus-Nr. - ggf. bei wem -	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer/ E-Mail-Adresse für Rückfragen (Angabe ist freiwillig!)	
Bankverbindung (bitte angeben, weil die Leistungen bargeldlos überwiesen werden)	
BLZ	Konto-Nr.
bei Bank/Postbank/Sparkasse, sonstigem Kreditinstitut	
Name des Kontoinhabers	
Falls Sie kein Girokonto haben und auch keines eröffnen können, weisen Sie dies bitte durch eine Bescheinigung einer Bank oder Sparkasse nach.	

Tag der Antragstellung
Eingangsstempel
- nicht vom Antragssteller auszufüllen - Antrag angenommen am:
Der Antragsteller/Die Antragstellerin hat sich ausgewiesen durch:
<input type="checkbox"/> Bundespersonalausweis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Sonstige Ausweispapiere (Hz. Datum)

II. Persönliche Verhältnisse			
	des Antragstellers/der Antragstellerin		des Partners/der Partnerin des Antragstellers/der Antragstellerin nach Nr. 1 , also des
	Ich bin <input type="checkbox"/> allein stehend <input type="checkbox"/> allein erziehende(r) Mutter/Vater Die Kinder sind in Abschnitt III einzutragen		<input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten <input type="checkbox"/> Partners in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners
	Nr. 1		Nr. 2
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Geburtsdatum, Geburtsort			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	} seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
			} seit _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Können Sie - Ihrer Einschätzung nach -mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____		Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach -mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
	Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen		wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen

	Nr. 1	Nr. 2
Schul-/Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss der Sonderschule L/G <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> qualifizierter Hauptschulabschluss Klasse 10 <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> ohne Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> ohne Fachhochschul-/Hochschulabschluss <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss (Diplom) <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Uni) <input type="checkbox"/> ausländischer Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ohne anerkannte abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> betriebliche/außerbetriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Fachschule	<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss der Sonderschule L/G <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> qualifizierter Hauptschulabschluss Klasse 10 <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> ohne Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> ohne Fachhochschul-/Hochschulabschluss <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss (Diplom) <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Uni) <input type="checkbox"/> ausländischer Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ohne anerkannte abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> betriebliche/außerbetriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Fachschule
Auszubildender - auch in Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als
Name u. Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule		
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.
Wenn Sie bislang nicht krankenversichert waren, müssen Sie für den Bezug von Arbeitslosengeld II eine Krankenkasse wählen . Legen Sie bitte danach die Mitgliedsbescheinigung vor!		
Krankenversicherung (KV)	Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse	Er/sie ist in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse
	Versicherten- nummer: Wenn nein: <input type="checkbox"/> Ich war bisher nicht krankenversichert. <input type="checkbox"/> Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor. <input type="checkbox"/> Ich war bisher privat krankenversichert. (bitte Beitragseinstufung vorlegen)	Versicherten- nummer: Wenn nein: <input type="checkbox"/> Er/sie war bisher nicht krankenversichert. <input type="checkbox"/> Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor. <input type="checkbox"/> Er/sie war bisher privat krankenversichert. (bitte Beitragseinstufung vorlegen)
Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin von Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner getrennt leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen familienversichert werden können.		
Getrennt lebend? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte ausfüllen \Rightarrow	Angaben zum Ehegatten/ingetr. Lebenspartner Name, Vorname _____ Name und Sitz der Krankenkasse	Angaben zum Ehegatten/ingetr. Lebenspartner Name, Vorname _____ Name und Sitz der Krankenkasse
	Versicherten- nummer:	Versicherten- nummer:
Wichtiger Hinweis: Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben , können Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin bei einem Elternteil familienversichert werden.		
23. Lebensjahr bereits vollendet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn nein, bitte ausfüllen \Rightarrow	Angaben zur Mutter Name, Vorname, Geburtsdatum	Angaben zur Mutter Name, Vorname, Geburtsdatum
	Name und Sitz der Krankenkasse	Name und Sitz der Krankenkasse
	Versicherten- nummer:	Versicherten- nummer:
	Angaben zum Vater Name, Vorname, Geburtsdatum	Angaben zum Vater Name, Vorname, Geburtsdatum
	Name und Sitz der Krankenkasse	Name und Sitz der Krankenkasse
	Versicherten- nummer:	Versicherten- nummer:

Rentenversicherung (RV)	Versicherungszweig	Versicherungszweig
	<input type="checkbox"/> Allgemeine Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Allgemeine Rentenversicherung
	<input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung
	RV-Nr.:	RV-Nr.:
	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt
	<input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden	<input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden
	Geburtsland/ort _____	Geburtsland/ort _____
	<input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung
	(bitte Beitragseinstufung vorlegen)	(bitte Beitragseinstufung vorlegen)

III. Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen			
Leben weitere Angehörige im gemeinsamen Haushalt?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, tragen Sie bitte die weiteren Angehörigen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein. Bei vier oder mehr Angehörigen ist das Zusatzblatt 4 zu verwenden.			
	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/Partner(in)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum Geburtsort			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> seit _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr)	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
Berechtigte(r) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen
Schul-/Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss der Sonderschule L/G <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> qualif. Hauptschulabschl. Kl. 10 <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> ohne Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> o. Fachhochschul-/Hochschulabschl. <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss (Diplom) <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Uni) <input type="checkbox"/> ausländischer Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ohne anerkannte abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> betriebliche/außerbetriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Fachschule	<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss der Sonderschule L/G <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> qualif. Hauptschulabschl. Kl. 10 <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> ohne Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> o. Fachhochschul-/Hochschulabschl. <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss (Diplom) <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Uni) <input type="checkbox"/> ausländischer Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ohne anerkannte abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> betriebliche/außerbetriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Fachschule	<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss der Sonderschule L/G <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> qualif. Hauptschulabschl. Kl. 10 <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> ohne Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> o. Fachhochschul-/Hochschulabschl. <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss (Diplom) <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Uni) <input type="checkbox"/> ausländischer Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ohne anerkannte abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> betriebliche/außerbetriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Fachschule
Auszubildender - auch in Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als
Name u. Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule			
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.

Die folgenden Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung der Angehörigen sind nur zu beantworten, wenn diese das 14. Lebensjahr vollendet haben.

	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5
Krankenversicherung (KV)	<input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse
	Versichertennummer	Versichertennummer	Versichertennummer
	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (bitte Beitragseinstufung vorlegen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (bitte Beitragseinstufung vorlegen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (bitte Beitragseinstufung vorlegen)
	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert
Rentenversicherung	Versicherungszweig	Versicherungszweig	Versicherungszweig
	<input type="checkbox"/> Allgemeine Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Allgemeine Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Allgemeine Rentenversicherung
	<input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV	<input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV	<input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV
	RV-Nr.:	RV-Nr.:	RV-Nr.:
	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt
	<input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/Geburtsort: _____	<input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/Geburtsort: _____	<input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/Geburtsort: _____
	<input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung (bitte Beitragseinstufung vorlegen)	<input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung (bitte Beitragseinstufung vorlegen)	<input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung (bitte Beitragseinstufung vorlegen)

IV. Leistungen für besondere Mehrbedarfe

Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind. Dies gilt für alle Angehörigen innerhalb des Haushaltes.

Ein (e) Angehöriger/Angehörige innerhalb der Haushaltsgemeinschaft

ist **schwanger**. ➡ Name, Vorname: _____ Legen Sie bitte den **Mutterpass** vor!

gehört zum Personenkreis der schwer behinderten Menschen und erhält **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**.

➡ Name, Vorname: _____ Legen Sie bitte den **Bewilligungsbescheid** vor!

Bedarf aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung.

➡ Name, Vorname: 1. _____ 2. _____

Zum Nachweis der Erforderlichkeit und der Art des Mehrbedarfes ist ein Vordruck beim zuständigen Träger erhältlich, der von Ihrem Hausarzt auszufüllen ist.

ist nicht erwerbsfähig und Inhaber eines **Ausweises** nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G**

➡ Name, Vorname: 1. _____ 2. _____

es liegt eine Behinderung vor

➡ Name, Vorname: 1. _____ GdB: % 2. _____ GdB: %

V. Wohnverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Person

Kosten der Unterkunft und Heizung sind im **"Zusatzblatt 1 zur Feststellung der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung"** einzutragen.

VI. Einkommensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen

Als Einkommen sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert zu berücksichtigen.

Haben Sie und/oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Angehörigen Einnahmen aus

- ▶ nichtselbständiger oder selbständiger Arbeit, Vermietung oder Verpachtung, Land- und Forstwirtschaft,
- ▶ Kindergeld, Entgeltersatzleistungen wie Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld,
- ▶ Renten aus der Sozialversicherung, Betriebsrenten oder Pensionen,
- ▶ Unterhaltszahlungen, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz,
- ▶ Zinsen, Kapitalerträge, Wohngeld, Sozialhilfe nach dem SGB XII,
- ▶ sonstige laufende oder einmalige Einnahmen gleich welcher Art?

Keine der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einkommen.

Folgende der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einkünfte:

Name, Vorname _____ Art des Einkommens _____

Name, Vorname _____ Art des Einkommens _____

Name, Vorname _____ Art des Einkommens _____

Name, Vorname _____ Art des Einkommens _____

Reichen Sie bitte als Nachweis der Einkommensverhältnisse das **Zusatzblatt 2.2 getrennt für jeden Einkommensbezieher** - ein.

Bei Bezug von Sozialleistungen legen Sie bitte zusätzlich den **aktuellen Bewilligungsbescheid** vor.

Es besteht ein Anspruch auf Kindergeld in Höhe von monatlich _____ Euro Kindergeld-Nr. _____

➡ **Aktuellen Nachweis vorlegen** (z.B. Kontoauszug über Höhe des Kindergeldes) Personen Nr.1 Nr.2 Nr.3 Nr.4 Nr.5

VII. Vermögensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen

Als Vermögen sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände zuberücksichtigen.
 Haben Sie und/oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Angehörigen Vermögen z.B.

- ▶ Bank- und Sparguthaben, Bargeld usw.
- ▶ Kraftfahrzeug, Wertpapiere, Aktien, Aktienfonds,
- ▶ Kapitallebensversicherungen, private Rentenversicherungen, "Riester-Rente", Bausparverträge usw.,
- ▶ bebaute oder unbebaute Grundstücke, Hausbesitz (z.B. ein Ein- oder Mehrfamilienhaus), Eigentumswohnung, sonstige Immobilien,
- ▶ sonstige Vermögensgegenstände, wie z.B. Wertsachen, Gemälde?

⇒ **Bitte füllen Sie das Zusatzblatt 3 aus**

VIII. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

(z.B. geschiedener oder getrennt lebender Ehegatte, Vater eines nichtehelichen Kindes, Eltern, Kinder usw.)

Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Geburtsdatum			
Verwandtschaftsverhältnis			
PLZ, Wohnort			
Straße, Haus-Nr. - ggf. bei wem -			
Name, Vorname des Unterhaltsberechtigten			
Bitte Nachweise vorlegen , wie z. B. Unterhaltstitel, Vergleich, schriftliche Vereinbarung, Urkunde über die Höhe des Unterhalts			
Unterhaltsleistungen werden erbracht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2.1 ausfüllen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2.1 ausfüllen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2.1 ausfüllen
Unterhaltsleistungen werden nicht erbracht	Wurden oder werden Unterhalts- leistungen geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurden oder werden Unterhalts- leistungen geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurden oder werden Unterhalts- leistungen geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

IX. Sonstige Ansprüche gegenüber Arbeitgeber, Sozialleistungsträger und Schadensersatzansprüche

1. Erheben Sie oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen Ansprüche gegen einen ehemaligen Arbeitgeber für Zeiten nach dem Ausscheiden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, Name, Vorname:	Anschrift des Arbeitgebers:		
Grund:			
Gericht/AZ:			
2. Haben Sie oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen (eine) andere Leistung(en) beantragt oder beabsichtigen Sie einen entsprechenden Antrag zu stellen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
⇒ Anzugeben sind insbesondere alle Rentenarten, Ausgleichszahlungen des ehemaligen Arbeitgebers Kindergeld, Kinderzuschlag nach § 6a Bundeskindergeldgesetz, Wohngeld, Sozialhilfeleistungen nach SGB XII.			
Angabe der Person, die Leistungen beantragt hat:			
Art der Leistung(en):	Sozialleistungsträger:	beantragt am:	für die Zeit ab:
Angabe der Person, die Leistungen beantragt hat:			
Art der Leistung(en):	Sozialleistungsträger:	beantragt am:	für die Zeit ab:
3. Meine Hilfebedürftigkeit/Die Hilfebedürftigkeit einer mit mir im Haushalt lebenden Person wurde durch einen Unfall verursacht.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, Angabe des/der Geschädigten:			
Bitte - soweit noch nicht geschehen - den Unfallbogen ausfüllen!			

