

ANTRAG AUF ARBEITSLOSENGELD II/SOZIALGELD (ERSTANTRAG SGB II)

I. Angaben zu den Gründen für die erstmalige Antragstellung

Eingegangen am /Handzeichen: _____

Mehrfachnennung möglich:

- Wegfall des Anspruchs auf Arbeitslosengeld I Umzug in den Landkreis Würzburg
 Ende eines Beschäftigungsverhältnisses Trennung/Scheidung
 Abschluss des Asylverfahrens sonstiges: _____

II. Antragstellung ab einem späteren Zeitpunkt

Ich beantrage Leistungen nach dem SGB II erst mit Wirkung für die Zukunft

Ja, und zwar zum _____ Nein

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.

III. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

| | Antragsteller*in (1. Person) | Ehe-/Lebens- partner*in (2. Person) | 3. Person | 4. Person |
|---|--|--|--|--|
| Name (ggf. Geburtsname) | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich♀ <input type="checkbox"/> männlich♂ <input type="checkbox"/> divers | <input type="checkbox"/> weiblich♀ <input type="checkbox"/> männlich♂ <input type="checkbox"/> divers | <input type="checkbox"/> weiblich♀ <input type="checkbox"/> männlich♂ <input type="checkbox"/> divers | <input type="checkbox"/> weiblich♀ <input type="checkbox"/> männlich♂ <input type="checkbox"/> divers |
| Familienstand | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis | | _____ (Sohn/Tochter/Vater/Mutter) von <input type="checkbox"/> 1. Person <input type="checkbox"/> keine Verwandtschaft | _____ (Sohn/Tochter/Vater/Mutter) von <input type="checkbox"/> 1. Person <input type="checkbox"/> 2. Person <input type="checkbox"/> keine Verwandtschaft | _____ (Sohn/Tochter/Vater/Mutter) von <input type="checkbox"/> 1. Person <input type="checkbox"/> 2. Person <input type="checkbox"/> keine Verwandtschaft |
| Geburtsdatum | | | | |
| Geburtsort | | | | |
| Geburtsland | | | | |
| Staatsangehörigkeit | | | | |
| Aufenthaltsstatus (nur wenn Staatsangehörigkeit nicht deutsch) Nachweise zu den Angaben sind vorzulegen. | <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis bis _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Freizügigkeitsberechtigung <input type="checkbox"/> Daueraufenthaltsrecht (FreizügG/EU) | <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis bis _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Freizügigkeitsberechtigung <input type="checkbox"/> Daueraufenthaltsrecht (FreizügG/EU) | <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis bis _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Freizügigkeitsberechtigung <input type="checkbox"/> Daueraufenthaltsrecht (FreizügG/EU) | <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis bis _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Freizügigkeitsberechtigung <input type="checkbox"/> Daueraufenthaltsrecht (FreizügG/EU) |
| Anschrift | | | | |
| Telefonnummer | | | | |
| Kunden-Nr. Arbeitsagentur | | | | |
| gesetzliche(r) Betreuer*in (ggf. Bestellungsurkunde vorlegen) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| SICHTVERMERK NUR VOM JOBCENTER AUSZUFÜLLEN (Namenskürzel) | <input type="checkbox"/> Ausweisdokument | <input type="checkbox"/> Ausweisdokument <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde | <input type="checkbox"/> Ausweisdokument <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde | <input type="checkbox"/> Ausweisdokument <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde |

| IV. Angaben zur Sozialversicherung | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Rentenversicherungs-Nr. | | | | |
| Krankenversicherung | Krankenkasse: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert | Krankenkasse: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert | Krankenkasse: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert | Krankenkasse: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert |
| Versicherungs-Nummer | | | | |
| Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID) <small>(Nur bei privat/freiwillig Versicherten)</small> | | | | |
| Beitragshöhe <small>(Nur bei privat/freiwillig Versicherten)</small> | KV _____ PV _____ | KV _____ PV _____ | KV _____ PV _____ | KV _____ PV _____ |
| SICHTVERMERK NUR VOM JOBCENTER AUSZUFÜLLEN <small>(Namenskürzel)</small> | <input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> KV/PV <input type="checkbox"/> Steuer-ID |

| V. Erwerbsfähigkeit (nur für Personen ab 15 Jahren) | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Umfang der Erwerbsfähigkeit <small>(Ich bin gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit in diesem Umfang auszuüben)</small> | <input type="checkbox"/> über 6 Stunden pro Tag <input type="checkbox"/> zwischen 3 und 6 Stunden pro Tag <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden pro Tag | <input type="checkbox"/> über 6 Stunden pro Tag <input type="checkbox"/> zwischen 3 und 6 Stunden pro Tag <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden pro Tag | <input type="checkbox"/> über 6 Stunden pro Tag <input type="checkbox"/> zwischen 3 und 6 Stunden pro Tag <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden pro Tag | <input type="checkbox"/> über 6 Stunden pro Tag <input type="checkbox"/> zwischen 3 und 6 Stunden pro Tag <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden pro Tag |
| Schulbesuch | <input type="checkbox"/> Ja, bis _____ <input type="checkbox"/> Nein |
| SICHTVERMERK NUR VOM JOBCENTER AUSZUFÜLLEN <small>(Namenskürzel)</small> | <input type="checkbox"/> Schulbescheinigung | <input type="checkbox"/> Schulbescheinigung | <input type="checkbox"/> Schulbescheinigung | <input type="checkbox"/> Schulbescheinigung |

| VI. Leistungen für Mehrbedarfe § 21 SGB II | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Ja, vorläufiger Entbindungstermin _____ <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, vorläufiger Entbindungstermin _____ <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, vorläufiger Entbindungstermin _____ <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, vorläufiger Entbindungstermin _____ <input type="checkbox"/> Nein |
| Behinderung | <input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ Gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> Merkzeichen _____ <input type="checkbox"/> Bezug von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ Gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> Merkzeichen _____ <input type="checkbox"/> Bezug von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ Gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> Merkzeichen _____ <input type="checkbox"/> Bezug von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ Gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> Merkzeichen _____ <input type="checkbox"/> Bezug von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <input type="checkbox"/> Nein |
| Kostenaufwändige Ernährung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Unabweisbarer, lfd. besonderer Bedarf | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| SICHTVERMERK NUR VOM JOBCENTER AUSZUFÜLLEN <small>(Namenskürzel)</small> | <input type="checkbox"/> Mutterpass <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis |

| VII. Leistungen für Unterkunft und Heizung § 22 SGB II | |
|--|---|
| Aufwendungen für Unterkunft und Heizung | <input type="checkbox"/> Fallen nicht an (Es sind unter Abschnitt VII. keine weiteren Angaben erforderlich. Bitte weiter bei Abschnitt VIII.) <input type="checkbox"/> Fallen an <input type="checkbox"/> als Mieter*in/Untermieter*in <input type="checkbox"/> als Eigentümer*in <input type="checkbox"/> als Gebäuhenschuldner*in (Gemeinschaftsunterkunft/Notunterkunft) <input type="checkbox"/> als _____ |

Lohnersatzleistungen/Sonstige Sozialleistungen (Fortsetzung VIII. Einkommensverhältnisse § 11 SGB II)

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Arbeitslosengeld I (Bundesagentur für Arbeit) | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Tag <input type="checkbox"/> Nein |
| Sonstige Lohnersatzleistungen (z. B. Kranken-, Übergangsgeld) | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Tag <input type="checkbox"/> Nein |
| Kindergeld | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein |
| Elterngeld | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein |
| Kinderzuschlag | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein |
| Unterhaltsvorschuss | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein |
| BAföG/Berufs-ausbildungs- beihilfe | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein |
| Wohngeld | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein |
| SGB II - Leistungen (Bisheriger Bezug) | | | | |
| SGB II - Leistungsbezug vor Antragstellung | <input type="checkbox"/> Ja, bei Jobcenter _____ bewilligt bis _____ <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, bei Jobcenter _____ bewilligt bis _____ <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, bei Jobcenter _____ bewilligt bis _____ <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, bei Jobcenter _____ bewilligt bis _____ <input type="checkbox"/> Nein |
| Renten- und Versorgungsbezüge | | | | |
| Altersrente/ Berufsunfähigkeitsrente/ Erwerbsminderungsrente | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein |
| Witwen-/r-/Waisenrente/ Sonstige Renten | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein |
| Unterhaltsleistungen | | | | |
| Unterhalt (z. B. Ehegatten-, Kindesun- terhalt) | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein |
| Sonstige Einkünfte | | | | |
| Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein |
| Kapitalerträge (Zinsen, Dividenden) | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Jahr <input type="checkbox"/> Nein |
| Weiteres Einkommen _____ | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Nein |

IX. Vom Einkommen absetzbare Beträge § 11b SGB II

| | Antragsteller*in | Ehe-/Lebenspartner*in (2. Person) | 3. Person | 4. Person |
|---|--|--|--|--|
| Gesetzliche vorgeschriebene Versicherungen | | | | |
| <small>(Für private Versicherungen, die dem Grunde und der Höhe nach angemessen sind und nicht zu den unten genannten Versicherungen gehören (z. B. Haftpflicht, Hausrat), werden vom Einkommen monatlich pauschal 30,00 Euro abgesetzt. Zum Erhalt dieser Pauschale brauchen Sie daher keine Angaben zu machen oder Nachweise vorzulegen.)</small> | | | | |
| Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung (ohne Teilkasko, Vollkasko, Schutzbrief) | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Jahr <input type="checkbox"/> Nein |
| Weitere gesetzliche Pflichtversicherung (Haftpflichtversicherung für bestimmte Berufsgruppen wie Rechtsanwälte oder Hebammen) | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Jahr Art _____ <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Jahr Art _____ <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Jahr Art _____ <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Jahr Art _____ <input type="checkbox"/> Nein |
| Beiträge zur geförderten Altersvorsorge nach § 82 Einkommensteuergesetz | | | | |
| Geförderter Altersvorsorgevertrag nach § 82 Einkommensteuergesetz (z. B. Riesterrente) | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Anzahl zulagenberechtigter Kinder _____ <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Anzahl zulagenberechtigter Kinder _____ <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Anzahl zulagenberechtigter Kinder _____ <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Anzahl zulagenberechtigter Kinder _____ <input type="checkbox"/> Nein |
| Mit der Erzielung des Einkommens verbundene notwendige Ausgaben | | | | |
| Fahrtkosten vom Wohnort zur Arbeitsstätte | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> selbstgenutztes Kfz Anschrift der Arbeitsstätte _____ Entfernung zur Arbeitsstätte _____ Kilometer Anzahl der Arbeitstage _____ Tage/Woche | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> selbstgenutztes Kfz Anschrift der Arbeitsstätte _____ Entfernung zur Arbeitsstätte _____ Kilometer Anzahl der Arbeitstage _____ Tage/Woche | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> selbstgenutztes Kfz Anschrift der Arbeitsstätte _____ Entfernung zur Arbeitsstätte _____ Kilometer Anzahl der Arbeitstage _____ Tage/Woche | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> selbstgenutztes Kfz Anschrift der Arbeitsstätte _____ Entfernung zur Arbeitsstätte _____ Kilometer Anzahl der Arbeitstage _____ Tage/Woche |
| Sonstiges (z. B. Berufskleidung, doppelte Haushaltsführung) | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Art _____ <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Art _____ <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Art _____ <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat Art _____ <input type="checkbox"/> Nein |
| Aufwendungen zur Erfüllung gesetzlicher Unterhaltsverpflichtungen | | | | |
| Unterhaltstitel | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Gerichtsurteil vom _____ <input type="checkbox"/> Jugendamtsurkunde vom _____ <input type="checkbox"/> notariell beurkundete Unterhaltsvereinbarung vom _____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Gerichtsurteil vom _____ <input type="checkbox"/> Jugendamtsurkunde vom _____ <input type="checkbox"/> notariell beurkundete Unterhaltsvereinbarung vom _____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Gerichtsurteil vom _____ <input type="checkbox"/> Jugendamtsurkunde vom _____ <input type="checkbox"/> notariell beurkundete Unterhaltsvereinbarung vom _____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro/Monat <input type="checkbox"/> Gerichtsurteil vom _____ <input type="checkbox"/> Jugendamtsurkunde vom _____ <input type="checkbox"/> notariell beurkundete Unterhaltsvereinbarung vom _____ |

| X. Ansprüche gegenüber Dritten | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Es bestehen nicht abschließend geklärte Ansprüche gegen Dritte | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus) |
| Anwaltliche Vertretung | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vertreten durch _____ _____ |
| Ansprüche gegenüber Unterhaltspflichtigen Angehörigen <u>außerhalb der Bedarfsgemeinschaft</u> § 33 Abs. 1, 2 SGB II | | | | |
| Dauerhafte Trennung/Scheidung von Ehegattin/ Ehegatten bzw. dauerhafte Trennung von eingetragener Lebenspartnerin/ dem eingetragenen Lebenspartner oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 1) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 1) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 1) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 1) |
| Schwangerschaft oder Betreuung eines nichtehelichen Kindes unter 3 Jahren | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 2) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 2) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 2) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 2) |
| Minderjährig oder zwischen 18 und 24 Jahre alt und in Schul- oder Berufsausbildung/Aufnahme der Ausbildung steht kurz bevor | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 4) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 3) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 3) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anlage Unterhalt 3) |
| Ansprüche gegenüber Arbeitgebern, Sozialleistungsträgern und Schadensersatzpflichtigen § 33 Abs. 1, 4 SGB II i.V.m. §§ 115, 116 SGB X; §§ 102 ff SGBX | | | | |
| Gegenüber einem Arbeitgeber (z. B. offene Lohnforderungen, Abfindungen, wg. Kündigungsschutzklage) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für den Zeitraum _____ Name des Arbeitgebers _____ Anschrift des Arbeitgebers _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für den Zeitraum _____ Name des Arbeitgebers _____ Anschrift des Arbeitgebers _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für den Zeitraum _____ Name des Arbeitgebers _____ Anschrift des Arbeitgebers _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für den Zeitraum _____ Name des Arbeitgebers _____ Anschrift des Arbeitgebers _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____ |
| Gegenüber Dritten (z. B. wg. Unfall, Krankheiten, Körperverletzung) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegenüber _____ Anschrift _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegenüber _____ Anschrift _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegenüber _____ Anschrift _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegenüber _____ Anschrift _____ Grund _____ Klage anhängig bei _____ |

X. Ansprüche gegenüber Dritten - Fortsetzung

| | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|
| Gegenüber anderen Leistungsträgern | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Antrag gestellt auf <input type="checkbox"/> Kindergeld am _____ <input type="checkbox"/> Rente am _____ <input type="checkbox"/> Krankengeld am _____ <input type="checkbox"/> Wohngeld am _____ <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag am _____ <input type="checkbox"/> Elterngeld am _____ <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I am _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ am _____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Antrag gestellt auf <input type="checkbox"/> Kindergeld am _____ <input type="checkbox"/> Rente am _____ <input type="checkbox"/> Krankengeld am _____ <input type="checkbox"/> Wohngeld am _____ <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag am _____ <input type="checkbox"/> Elterngeld am _____ <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I am _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ am _____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Antrag gestellt auf <input type="checkbox"/> Kindergeld am _____ <input type="checkbox"/> Rente am _____ <input type="checkbox"/> Krankengeld am _____ <input type="checkbox"/> Wohngeld am _____ <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag am _____ <input type="checkbox"/> Elterngeld am _____ <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I am _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ am _____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Antrag gestellt auf <input type="checkbox"/> Kindergeld am _____ <input type="checkbox"/> Rente am _____ <input type="checkbox"/> Krankengeld am _____ <input type="checkbox"/> Wohngeld am _____ <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag am _____ <input type="checkbox"/> Elterngeld am _____ <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I am _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ am _____ |
| | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Beschäftigung bei 1. _____ von _____ - _____ 2. _____ von _____ - _____ 3. _____ von _____ - _____ 4. _____ von _____ - _____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Beschäftigung bei 1. _____ von _____ - _____ 2. _____ von _____ - _____ 3. _____ von _____ - _____ 4. _____ von _____ - _____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Beschäftigung bei 1. _____ von _____ - _____ 2. _____ von _____ - _____ 3. _____ von _____ - _____ 4. _____ von _____ - _____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Beschäftigung bei 1. _____ von _____ - _____ 2. _____ von _____ - _____ 3. _____ von _____ - _____ 4. _____ von _____ - _____ |

XI. Vermögensverhältnisse § 12 SGB II

| | Antragsteller*in | Ehe-/Lebenspartner*in (2. Person) | 3. Person | 4. Person |
|---------------------------|---|---|---|---|
| Bargeld | <input type="checkbox"/> Ja _____ Euro <input type="checkbox"/> Nein |
| Girokonto 1 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Kreditinstitut | | | | |
| Kontonummer | | | | |
| Stand in EURO | | | | |
| Girokonto 2 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Kreditinstitut | | | | |
| Kontonummer | | | | |
| Stand in EURO | | | | |
| Cyberwallet 1 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Plattform (z. B. PayPal) | | | | |
| Stand in EURO | | | | |
| Cyberwallet 2 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Plattform (z. B. Bitcoin) | | | | |
| Stand in EURO | | | | |
| Kreditkarte | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Kreditinstitut | | | | |
| Stand in EURO | | | | |

XI. Vermögensverhältnisse § 12 SGB II - Fortsetzung

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Sparguthaben 1 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Kreditinstitut | | | | |
| Kontonummer | | | | |
| Stand in EURO | | | | |
| Sparguthaben 2 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Kreditinstitut | | | | |
| Kontonummer | | | | |
| Stand in EURO | | | | |
| Bausparvertrag 1 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bausparkasse | | | | |
| Bausparnummer | | | | |
| Bausparguthaben in EURO | | | | |
| Bausparvertrag 2 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bausparkasse | | | | |
| Bausparnummer | | | | |
| Bausparguthaben in EURO | | | | |
| SICHTVERMERK NUR VOM JOBCENTER AUS- ZUFÜLLEN <small>(Namenskürzel)</small> | <input type="checkbox"/> Finanzstatusbericht | <input type="checkbox"/> Finanzstatusbericht | <input type="checkbox"/> Finanzstatusbericht | <input type="checkbox"/> Finanzstatusbericht |
| Kapitalbildende Lebens-/ Rentenversicherung 1 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Versicherungsgesellschaft | | | | |
| Versicherungsnummer | | | | |
| Verwertungsausschluss | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Summe der Einzahlungen | | | | |
| Rückkaufswert in EURO | | | | |
| Kapitalbildende Lebens-/ Rentenversicherung 2 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Versicherungsgesellschaft | | | | |
| Versicherungsnummer | | | | |
| Verwertungsausschluss | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Summe der Einzahlungen | | | | |
| Rückkaufswert in EURO | | | | |
| Sonstige kapitalbildende Versicherung (auch mit Prämienrückgewähr) 1 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Versicherungsgesellschaft | | | | |
| Versicherungsnummer | | | | |
| Summe der Einzahlungen | | | | |
| Rückkaufswert in EURO | | | | |
| Sonstige kapitalbildende Versicherung (auch mit Prämienrückgewähr) 2 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Versicherungsgesellschaft | | | | |
| Versicherungsnummer | | | | |
| Summe der Einzahlungen | | | | |
| Rückkaufswert in EURO | | | | |

XI. Vermögensverhältnisse § 12 SGB II - Fortsetzung

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Wertpapiere (Aktien, Fonds, Anleihen o.ä.) 1 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Depotführendes Institut | | | | | | | | |
| Stand in EURO | | | | | | | | |
| Wertpapiere (Aktien, Fonds, Anleihen o.ä.) 2 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Depotführendes Institut | | | | | | | | |
| Stand in EURO | | | | | | | | |
| Geförderter Altersvorsorgevertrag nach § 82 Einkommensteuergesetz (z. B. Riesterrente) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Versicherungsgesellschaft | | | | | | | | |
| Versicherungs-Nummer | | | | | | | | |
| Kraftfahrzeug 1 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fabrikat/Modell | | | | | | | | |
| Erstzulassung (Monat, Jahr) | | | | | | | | |
| Kennzeichen | | | | | | | | |
| Kilometerstand | | | | | | | | |
| Geschätzter Wert in EURO | | | | | | | | |
| Bestehende Kreditverbindlichkeiten in EURO | | | | | | | | |
| Kraftfahrzeug 2 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fabrikat/Modell | | | | | | | | |
| Erstzulassung (Monat, Jahr) | | | | | | | | |
| Kennzeichen | | | | | | | | |
| Kilometerstand | | | | | | | | |
| Geschätzter Wert in EURO | | | | | | | | |
| Bestehende Kreditverbindlichkeiten in EURO | | | | | | | | |
| SICHTVERMERK NUR VOM JOBCENTER AUS- ZUFÜLLEN (Namenskürzel) | <input type="checkbox"/> Fahrzeugschein |
| Eigentum an bebauten Grundstücken | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Art der Bebauung (Haus, Halle) | | | | | | | | |
| Grundstücksgröße in m ² | | | | | | | | |
| Ggf. Wohnfläche in m ² | | | | | | | | |
| Verkehrswert in EURO | | | | | | | | |
| Darlehensstand in EURO | | | | | | | | |
| Selbst bewohnt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Eigentumswohnung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wohnfläche in m ² | | | | | | | | |
| Verkehrswert in EURO | | | | | | | | |
| Darlehensstand in EURO | | | | | | | | |
| Selbst bewohnt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

XV. Unterschrift(en) – Einwilligungserklärung(en)

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt – Wichtige Informationen"). 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 verarbeitet.

Personen, die Leistungen nach dem SGB II beantragen oder erhalten, sind mitwirkungspflichtig. Das bedeutet, dass alle Angaben im Antrag richtig und vollständig sein müssen und Änderungen, die nach der Antragstellung eintreten und sich auf die Leistungen auswirken können (z. B. Arbeitsaufnahme, Umzug), dem Jobcenter Landkreis Würzburg unverzüglich mitzuteilen sind. Die Mitwirkungspflichten sind von allen Mitgliedern einer Bedarfsgemeinschaft zu beachten.

Bei Verstoß gegen diese Mitwirkungspflichten werden in aller Regel von allen leistungsberechtigten Personen einer Bedarfsgemeinschaft zu viel gezahlte Leistungen zurückgefordert. Die/der Vertreter*in/Vertreter der Bedarfsgemeinschaft muss beim Ausfüllen des Antrages alle Mitglieder einbeziehen und die wesentlichen sowie die sie betreffenden Angaben mit ihnen abstimmen. Außerdem muss die/der Vertreter*in sicherstellen, dass alle Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide, Anforderungsschreiben bzgl. Unterlagen) erhalten.

Ein Verstoß kann zusätzlich zu einem Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahren gegen die Person führen, die die oben genannten Pflichten missachtet hat. Das Jobcenter holt im Wege eines automatisierten Datenabgleichs bei verschiedenen Stellen Auskünfte über Einkommen und Vermögen ein (z. B. Arbeitsentgelte, Kapitalerträge, Renten). Verschwiegene Einkommen und Vermögen werden daher regelmäßig nachträglich bekannt.

 Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben wahr und vollständig sind. Mit der Verarbeitung der für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten bin ich einverstanden. Eine Ausfertigung des Merkblatts – Wichtige Informationen – habe ich erhalten.

| | | | | |
|--|------------|---|------------|---|
| | Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller*in od. Gesetzliche(r) Vertreter*in (falls Antragsteller*in mj.) | Ort, Datum | Unterschrift Ehe-/Lebenspartner*in |
|--|------------|---|------------|---|

| | | | | |
|--|------------|---|------------|---|
| | Ort, Datum | Unterschrift weiteres Mitglied der Bedarfsgemeinschaft über 18 Jahren | Ort, Datum | Unterschrift weiteres Mitglied der Bedarfsgemeinschaft über 18 Jahren |
|--|------------|---|------------|---|

Nur bei Ergänzungen, Streichungen oder Änderungen der Angaben durch den/die Leistungsrechner*in während der persönlichen Vorsprache:

 Ich bestätige die Richtigkeit der durch die/den Leistungsrechner*in des Jobcenter - Landkreis Würzburg während der Antragsannahme in roter Farbe vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen.

| | | | | |
|--|------------|---|------------|---|
| | Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller*in od. Gesetzliche(r) Vertreter*in (falls Antragsteller*in mj.) | Ort, Datum | Unterschrift Ehe-/Lebenspartner*in |
|--|------------|---|------------|---|

| | | | | |
|--|------------|---|------------|---|
| | Ort, Datum | Unterschrift weiteres Mitglied der Bedarfsgemeinschaft über 18 Jahren | Ort, Datum | Unterschrift weiteres Mitglied der Bedarfsgemeinschaft über 18 Jahren |
|--|------------|---|------------|---|

Wichtiger Hinweis:**Vorlage von Kontoauszügen - Recht auf Schwärzungen bei Ausgaben**

Das Jobcenter Landkreis Würzburg fordert von Ihnen bei der erstmaligen Beantragung von SGB II Leistungen bzw. bei Folgeanträgen Kontoauszüge an, um Ihre Hilfebedürftigkeit i. S. d. § 9 Abs. 1 SGB II zu prüfen. Hierzu sind grundsätzlich die Kontoauszüge der letzten 3 Monate vollständig vorzulegen (BSG Az. B15 As 45/07 R vom 19.09.2008 und BSG Az. B4 AS 10/08R vom 19.02.2009).

Sie haben jedoch das Recht, Schwärzungen auf den vorzulegenden Kontoauszügen vorzunehmen. Schwärzungen sind hierbei jedoch nur auf der Ausgabenseite zulässig. **Einnahmen müssen vollständig ersichtlich sein**, bei diesen ist keine Schwärzung zulässig.

Auf der Ausgabenseite haben Sie die Möglichkeit der Schwärzung derjenigen Überweisungen, die Rückschlüsse auf besondere Kategorien personenbezogener Daten (Art. 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung) geben. Dies sind Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, ferner genetische Daten, biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten sowie Daten zum Sexualleben oder sexuellen Orientierung einer natürlichen Person. **Nach der Schwärzung müssen Texte wie Mitgliedsbeitrag, Zuwendung oder Spende sowie die Höhe der Überweisung jedoch als grundsätzlicher Geschäftsvorgang erkennbar bleiben.**

✍ Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass von mir vorgelegte ungeschwärzte Kontoauszüge im Rahmen der Prüfung meines SGB II-Anspruches durch das Jobcenter verarbeitet werden und diese ungeschwärzt zu meinen Akten genommen werden dürfen.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt davon unberührt.

| | | | |
|------------|---|------------|--|
| _____ | | _____ | |
| Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller*in od. Gesetzliche(r) Vertreter*in (falls Antragsteller*in mj.) | Ort, Datum | Unterschrift Ehe-/ Lebenspartner*in |

| | | | |
|------------|--|------------|--|
| _____ | | _____ | |
| Ort, Datum | Unterschrift weiteres Mitglied der Be- darfsgemeinschaft über 18 Jahren | Ort, Datum | Unterschrift weiteres Mitglied der Be- darfsgemeinschaft über 18 Jahren |

Datenschutzrechtliche Hinweise:

Die Datenschutzhinweise im Zusammenhang mit der Beantragung von SGB II-Leistungen beim Jobcenter Landkreis Würzburg (Art. 13 DSGVO) erhalten Sie als Anlage zu dem Antragsformular SGB II. Diese sind für Sie als Information zum Verbleib bei Ihren Unterlagen.

Darüber hinaus sind die aktuellen Datenschutzhinweise im Zusammenhang mit der Beantragung von SGB II Leistungen beim Jobcenter Landkreis Würzburg (Art. 13 DSGVO) unter www.landkreis-wuerzburg.de/Auf_einen_Klick/Formulare/ im Bereich des Jobcenters für Sie abrufbar.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: www.landkreis-wuerzburg.de/Datenschutz