

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

- ARBEITSLOSENGELD II / SOZIALGELD -

|                                   |
|-----------------------------------|
| Dienststelle                      |
| Referenznummer                    |
| Nr. der Bedarfsgemeinschaft       |
| Org.Einheit                       |
| - bitte ausfüllen, wenn bekannt - |

|                           |
|---------------------------|
| Tag der<br>Antragstellung |
|---------------------------|

|                 |
|-----------------|
| EINGANGSSTEMPEL |
|-----------------|

|  |
|--|
| <b>I. Allgemeine Daten des Antragstellers/der Antragstellerin</b>  |
| Familienname   |
| Vorname  |
| Straße, Haus-Nr.<br>- ggf. bei wem -   |
| PLZ, Wohnort   |
| Telefonnummer (mit Vorwahl) und/oder E-Mail-Adresse für Rückfragen   |
| <b>Bankverbindung</b> (bitte angeben, weil die Leistungen bargeldlos überwiesen werden)<br>BLZ <span style="float: right;">Konto-Nr.</span>    |
| bei Bank/Postbank/Sparkasse,<br>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. |

**- nicht vom Antragsteller auszufüllen -**

**Antrag angenommen am:**

Der Antragsteller/Die Antragstellerin hat sich ausgewiesen durch:

Bundespersonalausweis

Pass

Sonstige Ausweispapiere (Hz. Datum)

**Hinweise für die Sachbearbeitung**  
(wird von der zuständigen Stelle eingetragen)

Personen ① ② ③ ④ ⑤

Arbeitsaufnahme am \_\_\_\_\_

Erste Lohn-/Gehaltszahlung am \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähig ab \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_ (Hz.Dat./Org.E)

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>II. Persönliche Verhältnisse</b>                 |   |   |
|   | des Antragstellers / der Antragstellerin<br>Ich bin <input type="checkbox"/> allein stehend<br><input type="checkbox"/> allein erziehende(r) Mutter/Vater<br>Die Kinder sind in Abschnitt III einzutragen.  | des Partners / der Partnerin des Antragstellers / der<br>Antragstellerin nach Nr. ①, also des<br><input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten<br><input type="checkbox"/> Partners in eheähnlicher Gemeinschaft<br><input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners  |
|   | <b>①</b>  | <b>②</b>  |
| 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<br><input type="checkbox"/> verheiratet<br><input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft<br><input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft<br><input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend<br><input type="checkbox"/> geschieden<br><input type="checkbox"/> verwitwet <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span> seit _____ | <input type="checkbox"/> ledig<br><input type="checkbox"/> verheiratet<br><input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft<br><input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft<br><input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend<br><input type="checkbox"/> geschieden<br><input type="checkbox"/> verwitwet <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span> seit _____ |
| Staatsangehörigkeit                                 | <input type="checkbox"/> deutsch<br><input type="checkbox"/> andere: _____<br>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)  | <input type="checkbox"/> deutsch<br><input type="checkbox"/> andere: _____<br>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)  |
| Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden) |   |   |

|   | ①   | ②   |
|---|---|---|
| Umfang der Erwerbsfähigkeit   | Können Sie - Ihrer Einschätzung nach - <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein, weil  | Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein, weil   |
| Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>wenn ja, entsprechende <b>Nachweise mitbringen</b>   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>wenn ja, entsprechende <b>Nachweise mitbringen</b>   |
| 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 _____<br><b>Wenn ja:</b><br>Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____<br><b>Wenn ja:</b><br>Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.  |
| Mögliche Ausschlussgründe   | - <b>nicht vom Antragsteller auszufüllen</b> -<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja  | - <b>nicht vom Antragsteller auszufüllen</b> -<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja  |
| Wenn Sie bislang <b>Sozialhilfe</b> bezogen haben, müssen Sie für den Bezug von Arbeitslosengeld II eine <b>Krankenkasse wählen</b> .<br>Legen Sie bitte danach die <b>Mitgliedsbescheinigung</b> vor!                      |   |   |
| Krankenversicherung (KV)  | Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><b>Wenn ja:</b> Name und Sitz der Krankenkasse   | Er/sie ist in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><b>Wenn ja:</b> Name und Sitz der Krankenkasse  |
|   | Versichertennummer:<br><b>Wenn nein:</b><br><input type="checkbox"/> Ich war bisher <b>nicht</b> krankenversichert.<br>⇒ <b>Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor.</b><br><input type="checkbox"/> Ich war bisher <b>privat</b> krankenversichert.<br>(Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen) | Versichertennummer:<br><b>Wenn nein:</b><br><input type="checkbox"/> Er/sie war bisher <b>nicht</b> krankenversichert.<br>⇒ <b>Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor.</b><br><input type="checkbox"/> Er/sie war bisher <b>privat</b> krankenversichert.<br>(Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen) |
| Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin von Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner <b>getrennt</b> leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen <b>familienversichert</b> werden können.                          |   |   |
| <b>Getrennt lebend?</b><br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja<br>wenn ja, bitte ausfüllen ⇒   | Angaben zum Ehegatten/eingetr. Lebenspartner<br>Name, Vorname _____<br>Name und Sitz der Krankenkasse   | Angaben zum Ehegatten/eingetr. Lebenspartner<br>Name, Vorname _____<br>Name und Sitz der Krankenkasse   |
|   | Versichertennummer:   | Versichertennummer:   |
| <b>Wichtiger Hinweis:</b> Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin <b>das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben</b> , können Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin bei einem Elternteil <b>familienversichert</b> werden. |   |   |
| <b>23. Lebensjahr bereits vollendet?</b><br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br>wenn nein, bitte ausfüllen ⇒  | Angaben zur Mutter<br>Name, Vorname, Geburtsdatum   | Angaben zur Mutter<br>Name, Vorname, Geburtsdatum   |
|   | Name und Sitz der Krankenkasse  | Name und Sitz der Krankenkasse  |
|   | Versichertennummer:   | Versichertennummer:   |
|   | Angaben zum Vater<br>Name, Vorname, Geburtsdatum  | Angaben zum Vater<br>Name, Vorname, Geburtsdatum  |
|   | Name und Sitz der Krankenkasse  | Name und Sitz der Krankenkasse  |
|   | Versichertennummer:   | Versichertennummer:   |

|                         | ①  | ②  |
|-------------------------|--|--|
| Rentenversicherung (RV) | Versicherungszweig<br><input type="checkbox"/> Angestellte<br><input type="checkbox"/> Arbeiter<br><input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung<br><input type="checkbox"/> der Arbeiter <input type="checkbox"/> der Angestellten | Versicherungszweig<br><input type="checkbox"/> Angestellte<br><input type="checkbox"/> Arbeiter<br><input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung<br><input type="checkbox"/> der Arbeiter <input type="checkbox"/> der Angestellten |
|                         | RV-Nr.:  | RV-Nr.:  |
|                         | <input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt<br><input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden   | <input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt<br><input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden   |
|                         | Geburtsland/-ort _____<br><input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung<br>(Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)  | Geburtsland/-ort _____<br><input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung<br>(Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)  |

| <b>III. Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen</b>   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Leben weitere Angehörige im gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><b>Wenn ja, tragen Sie bitte die weiteren Angehörigen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein.</b><br>Bei vier oder mehr Angehörigen ist das <b>Zusatzblatt 4</b> zu verwenden. |   |   |   |
|   | ③   | ④   | 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<br>Geburtsort  |   |   |   |
| Familienstand   | <input type="checkbox"/> ledig<br><input type="checkbox"/> _____<br>seit _____  | <input type="checkbox"/> ledig<br><input type="checkbox"/> _____<br>seit _____  | <input type="checkbox"/> ledig<br><input type="checkbox"/> _____<br>seit _____  |
| Staatsangehörigkeit   | <input type="checkbox"/> deutsch<br><input type="checkbox"/> andere: _____<br>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)  | <input type="checkbox"/> deutsch<br><input type="checkbox"/> andere: _____<br>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)  | <input type="checkbox"/> deutsch<br><input type="checkbox"/> andere: _____<br>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)  |
| Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)   |   |   |   |
| Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)  | Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein, weil _____ | Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein, weil _____ | Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein, weil _____ |
| Berechtigte(r) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende <b>Nachweise mitbringen</b>  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende <b>Nachweise mitbringen</b>  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende <b>Nachweise mitbringen</b>  |
| 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 _____<br>Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____<br>Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____<br>Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.  |
| Mögliche Ausschlussgründe   | <b>- nicht vom Antragsteller auszufüllen -</b><br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja  | <b>- nicht vom Antragsteller auszufüllen -</b><br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja  | <b>- nicht vom Antragsteller auszufüllen -</b><br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja  |

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

|                          | ③   | ④   | 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 Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)   | <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)   | <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)   |
|                          | <input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert  | <input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert  | <input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert  |
| Rentenversicherung (RV)  | Versicherungszweig<br><input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter<br><input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV der<br><input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellten | Versicherungszweig<br><input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter<br><input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV der<br><input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellten | Versicherungszweig<br><input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter<br><input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV der<br><input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellten |
|                          | RV-Nr.:   | RV-Nr.:   | RV-Nr.:   |
|                          | <input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt<br><input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden<br>Geburtsland/Geburtsort:   | <input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt<br><input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden<br>Geburtsland/Geburtsort:   | <input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt<br><input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden<br>Geburtsland/Geburtsort:   |

**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.

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



Kosten für 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 \_\_\_\_\_

Reichen Sie bitte als Nachweis der Einkommensverhältnisse das **Zusatzblatt 2 – getrennt für jeden Einkommensbezieher** – ein. Bei Bezug von Sozialleistungen legen Sie bitte zusätzlich den **a k t u e l l e n** 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    ① ② ③ ④ ⑤

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



**Als Vermögen sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände zu berücksichtigen.**

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?

⇒ Ich (**Antragsteller**) und/oder **mein/e Partner/in** (vgl. Abschnitt II) haben Vermögen, das den Wert von 4.850 Euro je Person (also bei Partnern insgesamt 9.700 Euro) übersteigt.  ja  nein

⇒ Die im Abschnitt III aufgeführten **weiteren Angehörigen** haben Vermögen, das den Wert von je 750 Euro übersteigt.  ja  nein

Wenn eine der beiden Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, ist das **Zusatzblatt 3** auszufüllen.

### 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<br>wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 ausfüllen                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 ausfüllen                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 ausfüllen                   |
| Unterhaltsleistungen werden <b>nicht</b> erbracht | Wurden oder werden Unterhaltsleistungen geltend gemacht?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wurden oder werden Unterhaltsleistungen geltend gemacht?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wurden oder werden Unterhaltsleistungen geltend gemacht?<br><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   |                         |                             |               |                  |                       |                        |               |                  |
|                         | <table border="1"> <tr> <td>Wenn ja, Name, Vorname:</td> <td rowspan="3">Anschrift des Arbeitgebers:</td> </tr> <tr> <td>Grund:</td> </tr> <tr> <td>Gericht/AZ:</td> </tr> </table>  | Wenn ja, Name, Vorname: | Anschrift des Arbeitgebers: | Grund:        | Gericht/AZ:      |                       |                        |               |                  |
| 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   |                         |                             |               |                  |                       |                        |               |                  |
|                         | <p>⇒ Anzugeben sind insbesondere alle Rentenarten, Ausgleichszahlungen des ehemaligen Arbeitgebers, Kindergeld, Kinderzuschlag nach § 6a Bundeskindergeldgesetz, Wohngeld, Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII.</p> <p>Angabe der Person, die Leistungen beantragt hat:</p> <table border="1"> <tr> <td>Art der Leistung(en):</td> <td>Sozialleistungsträger:</td> <td>beantragt am:</td> <td>für die Zeit ab:</td> </tr> </table> <p>Angabe der Person, die Leistungen beantragt hat:</p> <table border="1"> <tr> <td>Art der Leistung(en):</td> <td>Sozialleistungsträger:</td> <td>beantragt am:</td> <td>für die Zeit ab:</td> </tr> </table> | Art der Leistung(en):   | Sozialleistungsträger:      | beantragt am: | für die Zeit ab: | Art der Leistung(en): | Sozialleistungsträger: | beantragt am: | für die Zeit ab: |
| Art der Leistung(en):   | Sozialleistungsträger:   | beantragt am:           | für die Zeit ab:            |               |                  |                       |                        |               |                  |
| 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   |                         |                             |               |                  |                       |                        |               |                  |
|                         | <p>Wenn ja, Angabe des/der Geschädigten:</p> <p>Bitte – soweit noch nicht geschehen – den <b>Unfallbogen</b> ausfüllen!</p>  |                         |                             |               |                  |                       |                        |               |                  |

