

Anlage



Unfallfragebogen zum Antrag auf Bürgergeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)



Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.



Reichen Sie bitte grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Kopien ein.



Informationen zu unseren digitalen Angeboten, das Merkblatt SGB II und weitere Anlagen zum Antrag erhalten Sie unter www.jobcenter.digital.



Weitere Informationen finden Sie zu der jeweiligen Nummer in den Ausfüllhinweisen unter www.arbeitsagentur.de/hinweise-sgb2.

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt SGB II"). 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. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

| | |
|--|------------|
| Familienname | Vorname |
| Geburtsdatum | Geschlecht |
| Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden) | |

Ein auf anderen gesetzlichen Vorschriften beruhender Anspruch auf Ersatz eines Schadens geht gemäß § 116 SGB X auf die Leistungsträger über, soweit diese auf Grund des Schadensereignisses Sozialleistungen erbracht haben oder erbringen. Der Übergang des Schadensersatzanspruchs erfolgt nur in Höhe der geleisteten Sozialleistungen.

Falls Ihnen oder einer mit Ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Person daher Leistungen als Folge einer Schädigung durch Dritte zustehen, muss das Jobcenter Ihre Schadensersatzansprüche gegen Ihren Schädiger beziehungsweise dessen Versicherung verfolgen. Im Falle des Übergangs des Schadensersatzanspruches sind Ihnen Erklärungen oder Handlungen, die den Anspruch des Jobcenters kürzen könnten, untersagt. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen daher möglichst umfassend und wahrheitsgemäß. Die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters sind Ihnen in Zweifelsfragen beim Ausfüllen dieser Anlage gerne behilflich.

2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf folgende geschädigte Person in der Bedarfsgemeinschaft 4

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Vorname | Familienname |
| Geburtsdatum | Geschlecht |
| Kundennummer (falls vorhanden) | |

3. Tag und Ort des Unfalls/Schadensereignisses

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Tag des Unfalls/Schadensereignisses | Ort des Unfalls/Schadensereignisses |
|-------------------------------------|-------------------------------------|

4. Unfall/Schadensereignis in der häuslichen Gemeinschaft 45

Die Person, die den Unfall/Schaden verursacht hat, lebte zum Zeitpunkt des Unfalls/Schadensereignisses mit der geschädigten Person in einer häuslichen Gemeinschaft.

| | | |
|---------|--------------|---------------------------|
| Vorname | Familienname | Verwandtschaftsverhältnis |
|---------|--------------|---------------------------|

Die weiteren Angaben sind notwendig, sofern Abschnitt 4 nicht auf Sie zutrifft.



2

UF

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

5. Art des Unfalls/Schadensereignisses



Arbeitsunfall Verkehrsunfall Sonstiges

► Bitte schildern Sie – gegebenenfalls auf einem gesonderten Blatt – ausführlich den Unfallhergang und wie der Schaden entstanden ist.

6. Daten zur Person, die den Unfall/Schaden verursacht hat (Schädigerin/Schädiger)

| | | | |
|---|--|----------------|--|
| Vorname | | Familiennamen | |
| Anschrift | | | |
| Haftpflichtversicherung der vorgenannten Person | | | |
| Name des Haftpflichtversicherers | | Schadensnummer | |
| Anschrift | | | |

7. Schadensersatzansprüche

Die geschädigte Person hat bereits Ansprüche auf Schadensersatz erhoben.

Anspruchsgegnerin/Anspruchsgegner

Die Verhandlungen sind noch nicht abgeschlossen.

Der Anspruch wurde von der Versicherung der Schädigerin/des Schädigers anerkannt.

Der Anspruch wurde von der Versicherung der Schädigerin/des Schädigers abgelehnt.

Es wurde am _____ ein Vergleich geschlossen.

Über die Klage wurde noch nicht entschieden.

Die Klage wurde durch Urteil beendet.

Die geschädigte Person wird/wurde (anwaltlich) vertreten.

Name der Vertreterin/des Vertreters

Anschrift

► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise (zum Beispiel Urteil, Schreiben der Versicherung) vor. (46)

Sofern der Anspruch auf Schadensersatz durch ein Urteil festgestellt wurde, ist die Beantwortung aller weiteren Fragen nicht erforderlich. Bitte fügen Sie in diesem Fall das Urteil bei.

8. Verletzungen

Verletzungen der geschädigten Person

Die geschädigte Person wurde wegen des Unfalls/Schadensereignisses untersucht/behandelt oder es wurde ein Gutachten erstellt.

Name der Ärztin/des Arztes

Anschrift

Name der Ärztin/des Arztes

Anschrift

► Bitte legen Sie – sofern vorhanden – ärztliche Gutachten, die aufgrund des Unfalls/Schadensereignisses erstellt wurden, vor und fügen Sie die Anlage SE bei. (47)



9. Unfall-/Schadensanzeige und Ermittlungsverfahren

| | |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Der Unfall/Schaden wurde von der Polizei aufgenommen. | |
| Dienststelle der Polizei (mit Adresse), bei der der Unfall/Schaden angezeigt wurde | |
| Aktenzeichen | Tagebuchnummer |
| <input type="checkbox"/> Gegen die Verursacherin/den Verursacher wurde wegen des Unfalls/Schadensereignisses ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet. | |
| zuständige Staatsanwaltschaft/zuständiges Gericht | Aktenzeichen |

10. Sozialversicherung

Die geschädigte Person war zum Zeitpunkt des Unfalls/Schadensereignisses bei folgender Krankenversicherung (mit-) versichert:

| | |
|------------------------------|-----------------------------|
| Name der Krankenversicherung | Krankenversicherertennummer |
| Rentenversicherungsträger | Rentenversicherungsnummer |

11. Arbeitsunfall

Die geschädigte Person war zum Zeitpunkt des Unfalls bei folgendem Arbeitgeber beschäftigt:

| | |
|---|----------------------------|
| Name des Arbeitgebers | Anschrift des Arbeitgebers |
| Unfallversicherung (zum Beispiel Berufsgenossenschaft) des Arbeitgebers | |

12. Verkehrsunfall

| | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Die geschädigte Person benutzte während des Unfalls folgendes öffentliches Verkehrsmittel: <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Eisenbahn <input type="checkbox"/> Straßenbahn <input type="checkbox"/> _____ | |
| <input type="checkbox"/> Die geschädigte Person war an dem Unfall als Fußgängerin/Fußgänger beteiligt. | |
| <input type="checkbox"/> Die geschädigte Person war mit folgendem Fahrzeug an dem Unfall beteiligt: <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> PKW/LKW <input type="checkbox"/> _____ | |
| Die geschädigte Person war <input type="checkbox"/> Fahrer/in <input type="checkbox"/> Mitfahrer/in | |
| Vorname der Fahrerin/des Fahrers | Familienname der Fahrerin/des Fahrers |
| Anschrift der Fahrerin/des Fahrers | |
| Vorname der Fahrzeughalterin/des Fahrzeughalters | |
| Familiename der Fahrzeughalterin/des Fahrzeughalters | |
| Anschrift der Fahrzeughalterin/des Fahrzeughalters | |
| Name/Anschrift der Fahrzeugversicherung | |
| Schadensnummer | Amtliches Kennzeichen |





| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> An dem Unfall war noch eine andere Verkehrsteilnehmerin/ein anderer Verkehrsteilnehmer beteiligt. Die andere Person war mit folgendem weiteren Fahrzeug beteiligt: | |
| <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> PKW/LKW <input type="checkbox"/> _____ | |
| Name der weiteren Verkehrsteilnehmerin/des weiteren Verkehrsteilnehmers | |
| Anschrift der weiteren Verkehrsteilnehmerin/des weiteren Verkehrsteilnehmers | |
| Name der Halterin/des Halters des weiteren Fahrzeugs | |
| Anschrift der Halterin/des Halters des weiteren Fahrzeugs | |
| Name/Anschrift der Fahrzeugversicherung | |
| Schadensnummer | Amtliches Kennzeichen des weiteren Fahrzeugs |

13. Sonstiges Schadensereignis

| | |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Sportunfall Der Unfall wurde <input type="checkbox"/> unabsichtlich <input type="checkbox"/> fahrlässig <input type="checkbox"/> vorsätzlich verursacht. | |
| <input type="checkbox"/> Ärztlicher Behandlungsfehler Name der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses | |
| Anschrift der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses | |
| Haftpflichtversicherung der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses | |
| Schadensnummer | |
| <input type="checkbox"/> Es ist ein Verfahren vor der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtschäden anhängig. | |
| Anschrift der Schlichtungsstelle | Schadensnummer |
| <input type="checkbox"/> Körperverletzung (zum Beispiel Schlägerei, Überfall) | |
| <p>► Bitte schildern Sie – gegebenenfalls auf einem gesonderten Blatt – ausführlich, wie und bei welcher Gelegenheit die geschädigte Person verletzt wurde.</p> | |
| <input type="checkbox"/> Verstoß gegen eine Verkehrssicherungspflicht (zum Beispiel Räum- oder Streupflicht) | |
| Name der/des Verkehrssicherungspflichtigen | Anschrift |
| Versicherung der/des Verkehrssicherungspflichtigen | Schadensnummer |



| | |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Verletzung durch ein fehlerhaftes Produkt/fehlerhaftes Material | |
| Name des Herstellers | Anschrift |
| Versicherung des Herstellers | Schadensnummer |
| <input type="checkbox"/> Verletzung durch Tiere | |
| <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Bissverletzung <input type="checkbox"/> Wildunfall <input type="checkbox"/> _____ | |
| Die geschädigte Person hat den Unfall bei folgender Person/Stelle gemeldet: | |
| <input type="checkbox"/> Tierhalter/in <input type="checkbox"/> Förster/in <input type="checkbox"/> Ordnungsamt <input type="checkbox"/> _____ | |
| <input type="checkbox"/> Der Unfall erfolgte durch ein Haustier. | |
| Art des Tieres | |
| Name der Tierhalterin/des Tierhalters | Anschrift |
| Haftpflichtversicherung der Tierhalterin/des Tierhalters | Schadensnummer |

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

| | |
|-----------|--|
| Ort/Datum | Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters) |
|-----------|--|

| |
|---|
| Bearbeitungsvermerke (nur vom Jobcenter auszufüllen) |
| <input type="checkbox"/> In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen: |
| Handzeichen, Datum: _____ Unterschrift der Kundin/des Kunden _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Anmerkungen des Jobcenters: |