

**Antrag - Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)**  
**Заява на отримання соціальної допомоги згідно з Другою книгою Кодексу соціального права (SGB II) для шукачів роботи**

**Hinweis:** Sie müssen für uns **postalisch erreichbar** sein: Bitte befestigen Sie ein Namensschild am Briefkasten!  
**Примітка:** Ви повинні бути доступні для нас **поштою**: прикріпіть Ваше прізвище на поштовій скриньці

Bitte reichen Sie umgehend beim Jobcenter folgende **Unterlagen** ein:  
Будь ласка, негайно подайте до центру зайнятості (адреса відповідальної соцслужби) такі документи:

- Ausgefüllten Antrag (HA) mit Unterschrift plus Anlagen (bei weiteren Personen in der Bedarfsgemeinschaft zusätzlich Anlage WEP + Anlage KI) und Erklärung Volljähriger  
Заповнену та підписану заяву (HA) плюс додатки (в разі інших осіб зі спільноти з єдиними потребами (Bedarfsgemeinschaft) додаток WEP + додаток KI) та деклараування (Erklärung)
- Kopien aller Aufenthaltstitel / Fiktionsbescheinigungen  
Копії всіх дозволів на проживання згідно із § 24 AufenthG (Aufenthaltstitel або Fiktionsbescheinigung)
- Kopien aller Pässe / ID-Card  
Копії всіх паспортів / ідентифікаційну карту
- die Anmeldebestätigung der Stadtverwaltung oder eine aktuelle Meldebescheinigung (erhalten Sie bei der Stadtverwaltung)  
Підтвердження про реєстрацію від міської адміністрації (Stadtverwaltung) або ж актуальну довідку про реєстрацію (Ви маєте отримати в міській адміністрації (Stadtverwaltung))

Wenn Sie Unterkunfts-kosten geltend machen möchten, reichen Sie bitte zusätzlich ein:  
Якщо Ви претендуєте на оплату оренди житла, надішліть також:

- Kopie (Unter-)Mietvertrag  
Копію договору (суб-)оренди

Folgende Unterlagen sind notwendig, können aber auch später nachgereicht werden:  
Наступні документи є необхідними, але їх можна подати пізніше:

- Bestätigung einer Krankenkasse, dass sie dort Mitglied sind  
Das Jobcenter übernimmt die Kosten für Ihre **gesetzliche** Krankenkasse. Hierfür müssen Sie eine Bestätigung der Krankenkasse bei uns einreichen.  
Підтвердження медичної страхової компанії про Ваше членство. центр зайнятості покриває витрати **державної (gesetzlich)** медичної страховки. Для цього ви повинні надати нам підтвердження, що Ви являєтесь членом однієї медичної страхової компанії.
- Kontoverbindung  
Bitte eröffnen Sie ein deutsches Bankkonto.  
Реквізити німецького банківського рахунку (будь ласка, відкрийте банківський рахунок і одному з німецьких банків)

Gerne können Sie uns Ihre Unterlagen aber auch digital übermitteln (bevorzugtes Format: pdf).  
Ви можете надіслати нам свої документи в цифровому вигляді (бажаний формат: pdf).

[www.kreis-guetersloh.de/themen/jobcenter/info-center/onlineangebote/](http://www.kreis-guetersloh.de/themen/jobcenter/info-center/onlineangebote/)



**Information zur eAkte:** Alle Dokumente, die Sie uns zukünftig zur Verfügung stellen, werden gescannt („fotografiert“) und in einer elektronischen Akte (eAkte) gespeichert.

Papierunterlagen, die Sie uns dann zur Verfügung stellen, werden nach Überführung in die eAkte vernichtet. Da dies leider auch für Ihre originalen Dokumente gilt, möchten wir Sie bitten, Unterlagen nur **in Kopie** einzureichen.

**Інформація щодо електронних актів (eAkte):** Усі документи, які ви надасте нам у майбутньому, будуть відскановані («сфотографовані») та збережені в електронному файлі.

Надіслані Вами паперові документи зберігатимуться після їх отримання, а потім будуть знищені. Оскільки це, на жаль, стосується і Ваших оригіналів, ми просимо Вас надсилати нам лише копії документів.

# Hauptantrag

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



Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.



Reichen Sie bitte grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Kopien ein.



Hier finden Sie ein Video, das Ihnen beim Ausfüllen hilft. Unter [www.jobcenter.digital](http://www.jobcenter.digital) erhalten Sie Informationen zu unseren digitalen Angeboten, das Merkblatt SGB II und Formulare.



Weitere Informationen finden Sie zu der jeweiligen Nummer in den Ausfüllhinweisen.

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. Datenschutzhinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter [www.arbeitsagentur.de/datenerhebung](http://www.arbeitsagentur.de/datenerhebung).

## 1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
▶ Bitte tragen Sie hier das Datum Ihrer Einreise nach Deutschland ein, sofern Sie keine deutsche Staatsangehörigkeit haben. Einreisedatum	
Rentenversicherungsnummer <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt.
Straße, Hausnummer	
gegebenenfalls wohnhaft bei	
Postleitzahl	Wohnort
▶ Die Angaben zur Telefonnummer und zur E-Mail-Adresse sind freiwillig. <sup>2</sup>	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

## 2. Antragstellung <sup>3</sup>

<input type="checkbox"/> ab sofort
<input type="checkbox"/> ab einem späteren Zeitpunkt: _____

## 3. Mein Familienstand und meine Wohnsituation

### 3.1 Mein Familienstand

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit: _____			
<input type="checkbox"/> geschieden seit: _____			
<input type="checkbox"/> aufgehobene Lebenspartnerschaft seit: _____			



2

# HA

Bearbeitungsvermerke  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Tag der Antragstellung

Kundennummer

Nummer der Bedarfsgemeinschaft

Dienststelle | Team

Antragstellerin/Antragsteller hat sich ausgewiesen durch

- Personalausweis
- Reisepass
- sonstiges Ausweispapier (zum Beispiel elektronischer Aufenthaltstitel):

Gültig bis

AZR-Nummer

Personenkennnummer (bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)

Daten in STEP geprüft am

Antrag vollständig am

Statistische Erfassung am

Handzeichen, Datum

Kassenvermerke

Festgestellt, Handzeichen, Datum

Angeordnet, Handzeichen, Datum

### 3.2 Meine Wohnsituation

► Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, welche Personen zur Bedarfsgemeinschaft, Haushaltsgemeinschaft oder Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft gehören. **4** **5** **6**

**Ich wohne allein**

► Leben Sie allein, sind unter 3.2 keine weiteren Angaben erforderlich. Bitte weiter bei Abschnitt 3.3.

**Ich wohne zusammen mit:**

**7**

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

► Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

meiner Ehegattin/meinem Ehegatten

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

meiner eingetragenen Lebenspartnerin/meinem eingetragenen Lebenspartner

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

meiner Partnerin/meinem Partner in einer Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft ("eheähnliche Gemeinschaft")

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

\_\_\_\_\_ unverheirateten Kind(ern) zwischen 15 Jahren und 24 Jahren

► Bitte füllen Sie für jedes Kind eine eigene **Anlage WEP** aus.

\_\_\_\_\_ unverheirateten Kind(ern) unter 15 Jahren

► Bitte füllen Sie für jedes Kind eine eigene **Anlage KI** aus.

meinen Eltern beziehungsweise einem Elternteil

► Sind Sie als Antragstellerin/als Antragsteller unter 25 Jahre alt, füllen Sie bitte für Ihre Eltern jeweils eine **Anlage WEP** aus. Sind Sie 25 Jahre oder älter, füllen Sie bitte für Ihre Eltern jeweils eine **Anlage HG** aus.

\_\_\_\_\_ sonstigen Verwandten oder Verschwägerten (zum Beispiel Großeltern, Geschwister über 25 Jahre, verheiratete Kinder, Tanten oder Onkel)

► Bitte füllen Sie für jeden Verwandten/Verschwägerten die **Anlage HG** aus.

\_\_\_\_\_ sonstigen Personen (zum Beispiel andere Personen in einer Wohngemeinschaft)

► Gegebenenfalls ist eine Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft zu prüfen. Ihr Jobcenter wird Ihnen mitteilen, ob Sie eine **Anlage VE** ausfüllen müssen.

### 3.3 Kosten für Unterkunft und Heizung

**Ich wohne zur Miete seit** \_\_\_\_\_.

Höhe der tatsächlichen monatlichen Kosten für die Unterkunft

Grundmiete (ohne Nebenkosten)

Nebenkosten (ohne Heizkosten)

Heizkosten

sonstige Wohnkosten **30**

► Bitte legen Sie aktuelle Nachweise (Mietvertrag) mit Angabe der jeweiligen Fälligkeit vor.

► Sollten Sie eine Direktzahlung der Miete an die Vermieterin/den Vermieter wünschen, geben Sie bitte die entsprechenden Zahlungsdaten an.

**Ich wohne im Eigentum.**

Höhe der tatsächlichen monatlichen Kosten für das Eigentum

Schuldzinsen ohne Tilgungsraten **31**

Nebenkosten (ohne Heizkosten) zum Beispiel Grundsteuer, Wasser

Heizkosten und -art (zum Beispiel Strom, Gas)

sonstige Wohnkosten

► Bitte legen Sie aktuelle Nachweise mit Angabe der jeweiligen Fälligkeit vor.

#### 4. Persönliche Angaben der Antragstellerin oder des Antragstellers

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

Name des anderen Jobcenters

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Ich fühle mich **gesundheitlich** in der Lage, regelmäßig eine Tätigkeit von mindestens **drei Stunden täglich** auszuüben. (9)  Ja  Nein

Ich bin **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**. (8)  Ja  Nein

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)) vor.

Ich bin **Schülerin/Schüler, Studentin/Student** oder **Auszubildende/Auszubildender**. (10)  Ja  Nein

Dauer der Schulausbildung von - bis

► Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (zum Beispiel Schulbescheinigung) vor.

Dauer des Studiums von - bis

► Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (zum Beispiel Immatrikulationsbescheinigung) vor.

Dauer der Ausbildung von - bis

► Falls ja, legen Sie bitte den Ausbildungsvertrag vor.

Während der Ausbildung bin ich in einem **Wohnheim, Internat, einer besonderen Einrichtung für Menschen mit Behinderung** oder beim **Ausbilder mit voller Verpflegung** oder **anderweitig mit Kostenerstattung** für Unterkunft und Verpflegung untergebracht. (10)

► Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise vor.

Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (zum Beispiel Krankenhaus,  Ja  Nein  
Altenheim, Justizvollzugsanstalt). (11)

Dauer der Unterbringung von - bis

Art der stationären Einrichtung

► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und die Dauer vor.

#### 5. Prüfung eines Mehrbedarfs

► Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

Ich bin **alleinerziehend**.

Ich bin **schwanger**. (12)

► Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.

Ich habe einen Mehrbedarf für die **dezentrale Warmwassererzeugung** (zum Beispiel Durchlauferhitzer/Boiler). (13)

Ich benötige aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**. (14)

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

Ich habe eine **Behinderung und** erhalte (15)

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) **oder**
- sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes **oder**
- Eingliederungshilfen nach § 112 SGB IX.

► Bitte legen Sie einen aktuellen Bescheid vor.

Ich bin **nicht erwerbsfähig** und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Absatz 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G oder aG**. (16)

► Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis (zum Beispiel Schwerbehindertenausweis) vor.

Ich habe einen **unabweisbaren besonderen Bedarf**, den ich nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise (17)

abdecken kann (zum Beispiel Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern).  
► Bitte füllen Sie die **Anlage BB** aus.

Ich bin **Schülerin/Schüler und** habe Kosten für **Schulbücher/Arbeitshefte**. (17a)

► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

## 6. Einkommen und Vermögen 18 19

► Zur Prüfung Ihrer Einkommensverhältnisse füllen Sie bitte die **Anlage EK** aus. Bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit füllen Sie bitte **zusätzlich** die **Anlage EKS** aus.

► Bei einer Antragstellung ist grundsätzlich die Vorlage von Kontoauszügen erforderlich. Bitte legen Sie daher Kontoauszüge der letzten drei 42 Monaten vor.

### Meine Bedarfsgemeinschaft verfügt über erhebliches Vermögen

Ja  Nein

► Erheblich ist kurzfristig für den Lebensunterhalt verwertbares Vermögen der Antragstellerin/des Antragstellers über 60.000 Euro sowie über 30.000 Euro für jede weitere Person in der Bedarfsgemeinschaft. Beispiele: Barmittel, Sparguthaben, Tagesgelder, Wertpapiersparpläne und -depots. Nicht in die Erheblichkeitsprüfung einzubeziehen sind Vermögensgegenstände, die nicht frei verfügbar sind. Dazu gehören insbesondere selbstgenutzte Wohnimmobilien und **typische** Altersvorsorgeprodukte wie Kapitallebens- oder -rentenversicherungen. Sollte bei Ihnen erhebliches Vermögen vorliegen, füllen Sie bitte die **Anlage VM** aus.

► Wenn Sie erhebliches Vermögen haben und derzeit eine selbständige Tätigkeit ausüben oder in Ihrem Berufsleben bereits ausgeübt haben, sind noch folgende Angaben erforderlich:

Die Anzahl an Jahren, in denen ich insgesamt eine selbständige Tätigkeit ausgeübt habe, beträgt: \_\_\_\_\_

## 7. Meine Lebenssituation

### 7.1 Vorrangige Leistungen 20

► Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf andere Leistungen oder gegenüber Dritten bestehen könnte.

► Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

#### In den letzten 5 Jahren 21

war ich **beschäftigt**.

von - bis

Arbeitgeber

sozialversicherungspflichtig

Minijob

von - bis

Arbeitgeber

sozialversicherungspflichtig

Minijob

war ich **selbständig** tätig.

von - bis

Art der Tätigkeit

habe ich einen **Wehrdienst oder freiwilligen Dienst** geleistet (zum Beispiel Freiwilliges Soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst).

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

habe ich **Entgeltersatzleistungen** erhalten (zum Beispiel Krankengeld, Arbeitslosengeld, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Elterngeld).

von - bis

Leistung

von - bis

Leistung

trifft keiner dieser Punkte auf mich zu. Ich habe meinen **Lebensunterhalt wie folgt bestritten** (zum Beispiel finanzielle Unterstützung durch Verwandte/Bekannte, Ersparnisse, Erbschaft):

### 7.2 Ansprüche gegenüber Dritten 22

Ich habe schon andere Leistungen **beantragt** oder **beabsichtige, einen Antrag zu stellen**. Dazu zählen beispielsweise Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG), Berufsausbildungsbeihilfe (BAB), Wohngeld, Arbeitslosengeld, Renten (Alters-, Hinterbliebenen- und Grundrenten), Krankengeld, Kindergeld und Kinderzuschlag. 23

Leistungsart

Antragsdatum

Sozialleistungsträger/Familienkasse

► Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis vor.

<input type="checkbox"/>	Ich erhebe Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (zum Beispiel bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (zum Beispiel bei noch ausstehenden Abfindungen).
Arbeitgeber	Anschrift
Grund	
▶ Bitte legen Sie einen geeigneten Nachweis vor (zum Beispiel Schriftwechsel mit Ihrer Rechtsanwältin/Ihrem Rechtsanwalt oder dem Gericht).	
<input type="checkbox"/>	Ich lebe getrennt von meiner Ehegattin/meinem Ehegatten oder meiner eingetragenen Lebenspartnerin/meinem eingetragenen Lebenspartner.
▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage UH1</b> aus.	
<input type="checkbox"/>	Ich bin geschieden oder meine eingetragene Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben.
▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage UH1</b> aus.	
<input type="checkbox"/>	Ich bin schwanger oder betreue ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren.
▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage UH2</b> aus.	
<input type="checkbox"/>	Ich bin <ul style="list-style-type: none"> <li>• unter 18 Jahre alt oder</li> <li>• zwischen 18 und 24 Jahre alt und mache eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen <b>und</b> mindestens ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.</li> </ul>
▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage UH4</b> aus.	
<input type="checkbox"/>	Ich habe einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (zum Beispiel Arbeits-, Verkehrs-, Spiel-, oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung). Ich muss deshalb Leistungen beim Jobcenter beantragen.
▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage UF</b> aus.	
<input type="checkbox"/>	Ich habe einen Anspruch gegenüber Dritten (zum Beispiel aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadenersatzforderungen).
Bezeichnung des Anspruchs	
▶ Bitte weisen Sie den Anspruch durch aktuelle Unterlagen nach.	
Für mich wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben. <span style="float: right;">(24) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>	
▶ Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor.	

## 8. Kranken- und Pflegeversicherung (25) (26)

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

<input type="checkbox"/>	Ich bin oder war zuletzt in der <b>gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung</b> pflicht- oder familienversichert. Mit Beginn des Anspruchs auf Arbeitslosengeld II möchte ich versichert werden bei:
<input type="checkbox"/>	der bisherigen Krankenkasse
Name der Krankenkasse	Krankenversicherternummer (falls bekannt)
▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor. Ersatzweise können Sie auch Ihre gültige elektronische Gesundheitskarte vorlegen, diese wird nicht zur Akte genommen.	
<input type="checkbox"/>	einer anderen Krankenkasse
Name der Krankenkasse	Krankenversicherternummer (falls bekannt)
▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Krankenkassenwahl vor, wenn Sie die Krankenkasse wechseln. (25)	

## 8.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin **privat** oder **freiwillig gesetzlich** versichert.

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

Ich bin nicht versichert.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage SV, Abschnitt 4** aus.

## 9. Bildung und Teilhabe

Beachten Sie bitte, dass Personen unter 25 Jahren einen Anspruch auf Leistungen für Bildung und Teilhabe haben können. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem Jobcenter oder dem zuständigen kommunalen Träger.

## 10. Meine Bankverbindung

▶ Leistungen nach dem SGB II werden in der Regel auf ein Konto überwiesen.

Kontoinhaberin/Kontoinhaber

IBAN <sup>(27)</sup>

▶ Die IBAN finden Sie in der Regel auf Ihrem Kontoauszug.

## 11. Meine eServices <sup>(28)</sup>

Ich möchte das Online-Angebot auf [www.jobcenter.digital](http://www.jobcenter.digital) nutzen und mir ein passwortgeschütztes Benutzerkonto zur Erledigung wichtiger Anliegen (zum Beispiel Mitteilung von Änderungen) einrichten lassen.

### Meine Mitwirkungspflichten

Personen, die Leistungen nach dem SGB II beantragen oder erhalten, sind mitwirkungspflichtig.

Das bedeutet, **alle Angaben** im Antrag und in den hierzu eingereichten Anlagen müssen **richtig und vollständig** sein. Änderungen, die nach der Antragstellung eintreten und sich auf die Leistungen auswirken können (zum Beispiel Arbeitsaufnahme, Umzug), sind dem zuständigen Jobcenter **unverzüglich mitzuteilen**. 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**. Sofern zu Ihrer Bedarfsgemeinschaft noch weitere Personen gehören, sollten Sie als Vertreterin/Vertreter beim Ausfüllen des Antrags alle Mitglieder einbeziehen und die wesentlichen sowie die sie betreffenden Angaben mit ihnen abstimmen. Stellen Sie zudem bitte sicher, dass alle Mitglieder alle notwendigen Informationen (zum Beispiel Bescheide) erhalten.

Ein Verstoß gegen die Mitwirkungspflichten 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 (zum Beispiel Arbeitsentgelte, Kapitalerträge, Renten). Verschwiegene Einkommen und Vermögen werden daher regelmäßig nachträglich bekannt.

Ich habe das "Merkblatt SGB II – Arbeitslosengeld II/Sozialgeld (Grundsicherung für Arbeitsuchende)" und die Ausfüllhinweise erhalten und kenne deren Inhalt. Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Es wurde eine Betreuerin/ein Betreuer vom **Betreuungsgericht/Amtsgericht** bestellt.

▶ Bitte legen Sie einen Nachweis über die Betreuung vor (Bestellungsurkunde oder Ausweis der Betreuerin/des Betreuers).

Ort/Datum

Unterschrift Betreuerin/Betreuer

### Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Ort/Datum

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

### Bearbeitungsvermerke (Nur vom Jobcenter auszufüllen)

In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Kundin/des Kunden \_\_\_\_\_

Sonstige Anmerkungen des Jobcenters: