

 <p>Bahnhofstr. 49/51 36341 Lauterbach</p>	<b>Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) - Arbeitslosengeld II/Sozialgeld -</b>	<u><b>Anlage</b></u>  <u><b>weitere</b></u> <u><b>Kinder</b></u>
---	---	---

**1. Antrag stellende Person als Vertretung der Bedarfsgemeinschaft**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

**2. Persönliche Daten der unverheirateten Kinder unter 25 Jahren in Bedarfsgemeinschaft**

Personendaten	Kind unter 25 (Person Nr. __)	Kind unter 25 (Person Nr. __)	Kind unter 25 (Person Nr. __)
<b>Name</b>			
<b>Vorname</b>			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt
Geburtsdatum			
ggf. Geburtsname			
Geburtsort			
Geburtsland			
ledig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit			
Aufenthaltstitel gültig bis			
Kundennummer Agentur für Arbeit			
<b>Sozialversicherungs- nummer</b>			

**3. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung**

Angaben zur Person	Kind unter 25	Kind unter 25	Kind unter 25
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich fühle mich gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben <i>(Angabe erforderlich ab 15 Jahren)</i>	Wenn nein, weil _____	Wenn nein, weil _____	Wenn nein, weil _____

Befinden Sie sich zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt ein Grad der Behinderung vor?	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____
Sind Sie Schüler/ Student?	<input type="checkbox"/> Ja, bis _____	<input type="checkbox"/> Ja, bis _____	<input type="checkbox"/> Ja, bis _____
Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie in einer beruflichen Ausbildung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**4. Sozialversicherung** (sind Sie privat oder nicht krankenversichert, bitte die Anlage Sozialversicherung ausfüllen)

Kranken- und Pflegeversicherung	Kind unter 25	Kind unter 25	Kinder unter 25
besteht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
Name und Sitz der Krankenkasse			
Versichertennummer			

Rentenversicherung	Kind unter 25	Kind unter 25	Kind unter 25
Sind Sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, sind Sie von der Rentenversicherungspflicht befreit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**5. Mehrbedarf** (diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, sofern Sie einen Mehrbedarf beanspruchen)

Art des Mehrbedarfs	Kind unter 25	Kinder unter 25	Kind unter 25
bei Schwangerschaft: berechneter Entbindungstermin			
behinderter Mensch erhält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Eingliederungshilfen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
nicht erwerbsfähig und Ausweis mit Merkzeichen G	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
kostenaufwändige Ernährung aus medizinischen Gründen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**6. Einkommensverhältnisse** (reicht der Platz für ihre Eintragungen nicht aus, machen Sie die Angaben bitte unter Punkt 8)

6.1 Einnahmen aus	Kind unter 25	Kind unter 25	Kind unter 25
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I	€/tägl. _____	€/tägl. _____	€/tägl. _____
Beginn und Ende des ALG I Bezugs			
Sperrzeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja,	von	von	von
	bis	bis	bis
<input type="checkbox"/> Insolvenzgeld	€	€	€
<input type="checkbox"/> BAB/ Ausbildungsgeld	€	€	€
<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem BAföG	€	€	€
<input type="checkbox"/> Kindergeld	€	€	€
<input type="checkbox"/> Mini-Job(s) bis 450 €	€ Anzahl: ____	€ Anzahl: ____	€ Anzahl: ____
<input type="checkbox"/> Lohn/Gehalt/ Ausbildungsvergütung	€ brutto	€ brutto	€ brutto
	€ netto	€ netto	€ netto
Erhalten Sie Einmalzahlungen, z.B. Urlaubs-/Weihnachtsgeld?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Arbeitgeber:			
Wurde <b>Kurzarbeit</b> eingeführt?	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____
<input type="checkbox"/> nebenberufliche Tätigkeit als Übungsleiter o. ä			
<input type="checkbox"/> Freiwilligendienste	€	€	€
<input type="checkbox"/> selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb oder Land- und Forstwirtschaft	€	€	€
Haben oder werden Sie <b>Corona- Soforthilfen</b> beantragen? (bitte in Anlage EKS eintragen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Kapitalerträge	€	€	€
<input type="checkbox"/> Vermietung u. Verpachtung	€	€	€
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld	€	€	€
<input type="checkbox"/> Krankengeld/Mutterschaftsgeld	€	€	€
<input type="checkbox"/> Unterhalt/ Unterhaltsvorschuss	€	€	€
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente	€	€	€
<input type="checkbox"/> Witwen/Waisenrente	€	€	€
<input type="checkbox"/> Unfallrente/Verletztengeld	€	€	€

<input type="checkbox"/> sonstige Einnahmen: _____	€ _____	€ _____	€ _____
<b>Kind hat</b>	<input type="checkbox"/> <b>keine Einnahmen</b>	<input type="checkbox"/> <b>keine Einnahmen</b>	<input type="checkbox"/> <b>keine Einnahmen</b>
<b>Erwarten Sie eine</b>	<b>Kind unter 25</b>	<b>Kind unter 25</b>	<b>Kind unter 25</b>
<input type="checkbox"/> Steuererstattung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Erbschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Abfindung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Lohnnachzahlung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, in welcher Höhe? von wem?	€ _____	€ _____	€ _____
<b>6.2 Aufwendungen für</b>	<b>Kind unter 25</b>	<b>Kind unter 25</b>	<b>Kind unter 25</b>
<input type="checkbox"/> Fahrtkosten zum Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel € _____ mtl.	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel € _____ mtl.	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel € _____ mtl.
Kürzeste Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> PKW Km _____	<input type="checkbox"/> PKW Km _____	<input type="checkbox"/> PKW Km _____
Arbeitstage in der Woche	_____ Tage	_____ Tage	_____ Tage
<input type="checkbox"/> sonstige Werbungskosten durch das Arbeitsverhältnis Art: _____	€ _____	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Mehraufwendungen für Verpflegung wegen einer täglichen Abwesenheit von mindestens 12 Stunden von der Wohnung bzw. dem üblichen Beschäftigungsort, ohne dass eine doppelte Haushaltsführung vorliegt	Anzahl der Arbeitstage im Monat: _____	Anzahl der Arbeitstage im Monat: _____	Anzahl der Arbeitstage im Monat: _____
<input type="checkbox"/> Kfz-Haftpflichtversicherung	€ _____ mtl.	€ _____ mtl.	€ _____ mtl.
<input type="checkbox"/> weitere <b>gesetzlich vorgeschriebene</b> Versicherungen (z. B. Haftpflichtversicherung für bestimmte Berufsgruppen wie Rechtsanwälte oder Hebammen)	€ _____ mtl.	€ _____ mtl.	€ _____ mtl.

<input type="checkbox"/> Altersvorsorgebeiträge, z.B. „Riester-Rente“, betriebliche Altersvorsorge	€ _____ mtl.	€ _____ mtl.	€ _____ mtl.
--	--------------	--------------	--------------

<b>7. Beantragte Sozialleistungen, sonstige Ansprüche gegenüber früheren Arbeitgebern oder Dritten</b>			
<b>Art der Sozialleistung</b>	<b>Kind unter 25</b>	<b>Kind unter 25</b>	<b>Kind unter 25</b>
Es wurden andere Leistungen beantragt, z. B. Rente, ALG I, BAB, BAföG?  Wenn ja, welche Leistung?  bei welcher Stelle?  Datum der Antragstellung  für die Zeit ab (z.B. Rentenbeginn)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  _____  _____  _____  _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  _____  _____  _____  _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  _____  _____  _____  _____
<b>Ansprüche gegenüber Dritten</b>	<b>Kind unter 25</b>	<b>Kind unter 25</b>	<b>Kind unter 25</b>
Ich habe (mögliche) Ansprüche gegenüber Dritten (z. B. früherer Arbeitgeber, Schadensverursacher, z. B. aus einem Unfall)  Wenn ja, Art des Anspruchs (bitte erläutern)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**8. Raum für weitere Angaben**

---



---



---



---



---



---



---



---

## 9. Erklärung zur Vertretungsvermutung nach § 38 SGB II

Hiermit erkläre ich, dass die Antrag stellende Person als Mitglied der Bedarfsgemeinschaft berechtigt bzw. bevollmächtigt ist, in meinem Namen und für mich Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II) zu beantragen, für mich sämtliche Bescheide, die im Rahmen der Leistungen nach dem SGB II erlassen werden sowie Leistungen nach dem SGB II entgegenzunehmen und maßgebliche Rechtsbehelfe einzulegen. Die Angaben im Antrag entsprechen nach meiner Kenntnis den tatsächlichen Verhältnissen.

**Durch diese Erklärung werde ich nicht von meiner Verpflichtung entbunden, sicherzustellen, dass der KVA alle Änderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen oder sonstigen für die Entscheidung über SGB II Leistungen maßgeblichen Tatsachen und Änderungen unverzüglich mitgeteilt und die erforderlichen Unterlagen eingereicht werden.**

Das Hinweisblatt für Leistungsbezieher nach dem SGB II und die Datenschutzhinweise habe ich erhalten. Diese Erklärung ist wirksam bis auf schriftlichen Widerruf für alle Verwaltungsverfahren im Zusammenhang mit den Leistungen nach dem SGB II.

### Volljährige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres:

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift volljähriges Kind bis zur Vollendung  
des 25. Lebensjahres

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift volljähriges Kind bis zur Vollendung  
des 25. Lebensjahres

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift volljähriges Kind bis zur Vollendung  
des 25. Lebensjahres