VOGELSBERG K|V|A Kommunales Jobcenter **Bahnhofstr. 49/51** **36341 Lauterbach**	☐ **Application for citizen money** ***Antrag auf BÜRGERGELD*** ☐ **Application for benefits for education and social participation** *Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe*	**Entry** (*Eingang*): _____ **Reference number** (*Aktenzeichen*): _____

The application usually has an effect on the first of the month. You must therefore provide all the information for the **entire** month (in particular the inflow of income).
*Der Antrag wirkt in der Regel auf den Ersten des Monats zurück. Sie müssen somit alle Angaben für den **gesamten** Monat machen (insbesondere den Zufluss von Einkommen).*

If the application is to start at a later month, please enter this here: _____
Soll der Antrag erst ab einem späteren Monat beginnen, so tragen Sie dies bitte hier ein:

Benefits pursuant to § 24 (1) and (3) SGB II must be applied for separately.
Leistungen nach § 24 Abs. 1 und 3 SGB II sind gesondert zu beantragen.

For the education and participation services, please fill in the required attachment.
Für die Bildungs- und Teilhabeleistungen füllen Sie bitte die erforderliche Anlage aus.

1. Claimant as a representative of the benefit community
Antrag stellende Person als Vertretung der Bedarfsgemeinschaft

Surname: *Name*	
First name: *Vorname*	
Date of birth: *Geburtsdatum*	
Street, house number: *Straße, Hausnummer*	
Post code, residence: *PLZ/ Wohnort*	
Telephone number*: *Telefonnummer*	
E-mail address*: *E-Mail-Adresse*	

* The information is voluntary (*Die Angabe ist freiwillig*)

It is assumed that the claimant has taken over the representation of the benefit community and fills the forms handed out for members of the benefit community. When filling in the application, those represented should be involved and the relevant information coordinated.
Es wird davon ausgegangen, dass die antragstellende Person die Vertretung der Bedarfsgemeinschaft übernommen hat und die ausgehändigten Formulare für die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft ausfüllt. Beim Ausfüllen des Antrages sollen die die Vertretenen einbezogen und die betreffenden Angaben abgestimmt werden.

2. Bank details
Please provide bank details, as benefits are paid by transfer
Bankverbindung *bitte geben Sie eine Bankverbindung an, da die Leistungen bargeldlos überwiesen werden*

IBAN:	
Financial institution: *Geldinstitut*	
Name oft he account holder: *Name des Kontoinhabers*	

3. I have been living in my apartment since _____ ☐ alone ☐ with the following persons:
In meiner Wohnung lebe ich seit *alleine* *mit folgenden Personen:*

	Surname *Name*	First name *Vorname*	Date of birth *Geburtsdatum*	Ratio to 1 (e.B. Spouse, child) *Verhältnis zu 1 (z.B. Ehegatte, Kind)*
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

In the case of more than 7 household members, please indicate the other persons under point 14
Bei mehr als 7 Haushaltsangehörigen geben Sie die weiteren Personen bitte unter Punkt 14 an

4. Personal data of the members of the benefit community
Persönliche Daten der Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft

The information **from number 4** refers to the applicant and the persons living with him in community of need (BG). The partner belongs to the BG. In addition , unmarried children belonging to the household, if they have not yet reached the age of 25, in so far as they cannot obtain the benefits to secure their livelihood from their own income or assets. If an unmarried child of working age who has not yet reached the age of 25 submits the application, the parents living in the household or one parent and the partner of that parent living in the household belong to the BG. Other unmarried children under the age of 25 in the parental household are also included in the BG if they need help.
If there are more than 3 people, use pages 2 to 6 for the other people.
*Die Angaben **ab Ziffer 4** beziehen sich auf die antragstellende Person und die mit ihr in Bedarfsgemeinschaft (BG) lebenden Personen. Zur BG gehört die Partnerin oder der Partner. Außerdem die dem Haushalt angehörenden unverheirateten Kinder, wenn sie das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, soweit sie die Leistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen beschaffen können. Stellt ein unverheiratetes erwerbsfähiges Kind, welches das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, den Antrag, gehören die im Haushalt lebenden Eltern oder ein Elternteil und der/die im Haushalt lebende Partner/in dieses Elternteils zur BG. Auch weitere unverheiratete Kinder unter 25 im Elternhaushalt zählen zur BG, wenn sie Hilfe benötigen. **Sollten mehr als 3 Personen vorhanden sein, verwenden Sie die Seiten 2 bis 6 auch für die weiteren Personen.***

Personal data Personendaten	**Person No. 1 / 4 / 7**	**Person No. 2 / 5**	**Person No. 3 / 6**
Surname *Name*			
First name *Vorname*			
Gender *Geschlecht*	☐male ☐female ☐indefinite *männlich weiblich unbestimmt*	☐male ☐female ☐indefinite *männlich weiblich unbestimmt*	☐male ☐female ☐indefinite *männlich weiblich unbestimmt*
Date of birth *Geburtsdatum*			
Name of birth *ggf. Geburtsname*			
Place of birth *Geburtsort*			
Country of birth *Geburtsland*			
Marital status *Familienstand*			
Nationality *Staatsangehörigkeit*			
Stay in Germany since *Aufenthalt in Deutschland seit*			
Residence permit valid until *Aufenthaltstitel gültig bis*			
AZR No.			

5. Personal details for the payment of benefits

Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung

Details on the person *Angaben zur Person*	**Person No. 1 / 4 / 7**	**Person No. 2 / 5**	**Person No. 3 / 6**
Are you – in your estimation - capable of exercising an activity of at least three hours a day? ***(Details required from 15)*** *Sind Sie - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben?* ***(Angabe erforderlich ab 15)***	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* If not, because *Wenn nein, weil*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* If not, because *Wenn nein, weil*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* If not, because *Wenn nein, weil*
If there ist a severe disability? *Liegt eine Schwerbehinderung vor?*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*
Are you at school/ university? *Sind Sie Schüler/ Student?*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*
Are you in vocational training? *Sind Sie in einer beruflichen Ausbildung?*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*

6. Health insurance

(If you do not have health insurance, please submit a membership certificate from a health insurance company. If no membership certificate from a health insurance company can be presented, please select a health insurance company using the attached form)

Krankenversicherung *(sind Sie nicht krankenversichert, reichen Sie bitte eine Mitgliedsbestätigung einer Krankenkasse ein. Kann keine Mitgliedsbestätigung einer Krankenkasse vorgelegt werden, wählen Sie bitte eine Krankenkasse mit beigefügtem Formular)*

Health insurance *Krankenversicherung*	**Person No. 1 / 4 / 7**	**Person No. 2 / 5**	**Person No. 3 / 6**
consists *besteht*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*
Name of the health insurance company *Name der Krankenkasse*			
Social security number *Sozialversicherungsnummer*			

7. Additional benefit (this information is voluntary and only required if you are claiming an additional benefit)

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

Type of additional benefit *Art des Mehrbedarfs*	**Person No. 1 / 4 / 7**	**Person No. 2 / 5**	**Person No. 3 / 6**
Single parent *alleinerziehend*	☐ Yes *Ja* ☐ No *Nein*		
in the case of pregnancy: expected due date *bei Schwangerschaft: Entbindungstermin*			
costly nutrition from medical reasons *kostenaufwändige Ernährung aus medizinischen Gründen*	☐ Yes *Ja* ☐ No *Nein*	☐ Yes *Ja* ☐ No *Nein*	☐ Yes *Ja* ☐ No *Nein*

8. Living conditions, costs of accommodation and heating

Wohnverhältnisse, Kosten für Unterkunft und Heizung

I/ we live in a
Ich/ Wir wohne(n) in einer

☐ community property*
Gemeinschaftsunterkunft

☐ asylum apartment (rented from Vogelsbergkreis)*
Asylwohnung (vom Vogelsbergkreis angemietet)

☐ private apartment for rent (please present rental agreement and rental certificate)
Privatwohnung zur Miete (bitte Mietvertrag und Mietbescheinigung vorlegen)

---

* When paying accommodation fees to the Vogelsbergkreis: I/ We agree that the fees be withheld from the benefit entitlement and paid directly to the district treasury (if not agreed, please delete).

** Bei Zahlung von Unterbringungsgebühren an den Vogelsbergkreis: Ich/ Wir sind damit einverstanden, dass die Gebühren vom Leistungsanspruch einbehalten und direkt an die Kreiskasse gezahlt werden (wenn nicht einverstanden, bitte streichen).*

9. Income situation (please enclose evidence)

Einkommensverhältnisse (bitte Nachweise beilegen)

Income from *Einnahmen aus*	**Person No. 1 / 4 / 7**	**Person No. 2 / 5**	**Person No. 3 / 6**
Unemployment benefit *Arbeitslosengeld*	daily *(täglich)* _____ €	daily *(täglich)* _____ €	daily *(täglich)* _____ €
Berufsausbildungsbeihilfe/ BAföG *Vocational training allowance/ BAföG*	€	€	€
Child benefit *Kindergeld*	€	€	€
Parental *Elterngeld*	€	€	€
Alimony payment *Unterhalt*			
Part-time job(s) (marginally employed) *Mini-Job(s) (geringfügig beschäftigt)*	€	€	€

Wage/salary/training allowance *Lohn/ Gehalt/ Ausbildungsvergütung*	€	€	€
Do you receive one-off payments, e.g. holiday/Christmas pay? *Erhalten Sie Einmalzahlungen, z.B. Urlaubs-/Weihnachtsgeld?*	☐ Yes *Ja* ☐ No *Nein*	☐ Yes *Ja* ☐ No *Nein*	☐ Yes *Ja* ☐ No *Nein*
Employer: *Arbeitgeber:*			
Foreign pension (Amount and currency) *Ausländische Rente (Betrag und Währung)*			
Other income: *sonstige Einnahmen:* _____	€	€	€
Person has *Person hat*	☐ **no income** *keine Einnahmen*	☐ **no income** *keine Einnahmen*	☐ **no income** *keine Einnahmen*

Are you expecting income? *Erwarten Sie Einnahmen?*	**Person No. 1 / 4 / 7**	**Person No. 2 / 5**	**Person No. 3 / 6**
If yes, at what amount? *Wenn ja, in welcher Höhe?* From whom? *Von wem?*	_____ €	_____ €	_____ €

Costs for *Aufwendungen für*	**Person No. 1 / 4 / 7**	**Person No. 2 / 5**	**Person No. 3 / 6**
Travel costs to work in *Fahrtkosten zur tatsächlichen Arbeitsstätte in* _____	☐ public transport *öffentliche Verkehrsmittel* _____ € mth *(mtl.)*	☐ public transport *öffentliche Verkehrsmittel* _____ € mth *(mtl.)*	☐ public transport *öffentliche Verkehrsmittel* _____ € mth *(mtl.)*
Shortest distance between home and work Kürzeste Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte Working days in the week *Arbeitstage in der Woche*	☐ Car *(PKW)* _____ km _____ days *(Tage)*	☐ Car *(PKW)* _____ km _____ days *(Tage)*	☐ Car *(PKW)* _____ km _____ days *(Tage)*
Motor vehicle Liability Insurance *Kfz-Haftpflichtversicherung*	€ mth	€ mth	€ mth

10. Claimed social benefits *Beantragte Sozialleistungen*

Type of social benefit *Art der Sozialleistung*	**Person No. 1 / 4 / 7**	**Person No. 2 / 5**	**Person No. 3 / 6**
Child benefit has been requested *Es wurde Kindergeld beantragt*	☐ Yes *Ja* ☐ No *Nein*		
Other applications made, e.g. unemployment benefit, BAföG? *Weitere gestellte Anträge, z.B. Arbeitslosengeld, BAföG?* If so, what performance? *Wenn ja, welche Leistung?*	☐ Yes *Ja* ☐ No *Nein* _____	☐ Yes *Ja* ☐ No *Nein* _____	☐ Yes *Ja* ☐ No *Nein* _____

11. Financial circumstances at home and/or abroad

Vermögensverhältnisse im In- und/oder Ausland

I'm applying for citizen's benefit for the first time. I declare that I and the people living with me in a community of need do not have any significant assets to be taken into account. The assets of my community of needs do not exceed the sum of 40.000 euros for me and 15.000 euros for each additional person living with me in a community of needs. I provide the following information about assets. I am aware that the KVA, municipal jobcenter, can request further evidence.

Ich beantrage zum ersten Mal Bürgergeld. Ich erkläre, dass ich und die mit mir in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen kein erhebliches zu berücksichtigendes Vermögen haben. Das Vermögen meiner Bedarfsgemeinschaft überschreitet nicht die Summe von 40.000 Euro für mich sowie 15.000 Euro für jede weitere mit mir in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Person. Zum Vermögen mache ich die nachfolgenden Angaben. Mir ist bekannt, dass die KVA, Kommunales Jobcenter, weitere Nachweise anfordern kann.

Assets *Vermögen*	**Person No. 1 / 4 / 7**	**Person No. 2 / 5 /**	**Person No. 3 / 6 /**
Cash *Bargeld* If yes, amount: *Wenn ja, Betrag:*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ €	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ €	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ €
Balances in bank accounts *Guthaben auf Bankkonten* If yes, amount: *Wenn ja, Betrag:*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ €	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ €	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ €
Credit on PayPal account *Guthaben auf PayPal-Konto* If yes, amount: *Wenn ja, Betrag:*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ €	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ €	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ €
Credit card balance *Guthaben auf Kreditkarte* If yes, amount: *Wenn ja, Betrag:*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ €	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ €	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ €
Securities (e.g. stocks, funds, ETFs, bonds) *Wertpapiere (z.B. Aktien, Fonds, ETFs, Anleihen)* If yes, what and how much? *Wenn ja, was und wieviel?*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____/_____ €	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____/_____ €	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____/_____ €
Real estate (including undeveloped land) *Immobilien (auch unbebaute Grundstücke)* If yes, what? *Wenn ja, was?*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____
Motor vehicles (cars, trucks, motorcycles, etc.) *Kraftfahrzeuge (PKW, LKW, Motorrad)* If yes, what? *Wenn ja, was?*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____
Other assets (e.g. jewelry, precious metals, antiques, cryptocurrencies) *Sonstige Vermögen (z.B. Schmuck, Edelmetalle, Antiquitäten, Kryptowährungen)* If yes, what and how much? *Wenn ja, was und wieviel?*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ _____ €	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ _____ €	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ _____ €

12. In the next few months, there will be changes that are already known to us:

In den nächsten Monaten ergeben sich für uns jetzt schon bekannte Änderungen:

_____

_____

13. The notice should not be sent to me but to the following person:

Der Bescheid soll nicht an mich, sondern an folgende Person zugestellt werden:

_____

14. Space for more information

Raum für weitere Angaben

_____

_____

15. Declarations and signature of the claimant

Erklärungen und Unterschrift der antragstellenden Person

I declare that the above information in the SGB II claim and the other Annexes to the SGB II claim is complete and correct.
Ich versichere, die vorstehenden Angaben im SGB II-Antrag und den weiteren Anlagen zum SGB II-Antrag vollständig und richtig gemacht zu haben.

I agree to report any changes that are relevant for the approval of benefits - in particular family, income and assets as well as housing conditions - without delay and unsolicited to the KVA Vogelsbergkreis, Municipal Job Centre. I am aware that this obligation also applies to all other members of the benefit community. This also applies to the accuracy of the changes and additions made by me and the acceptance proposal.
Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungsverhältnisse – unverzüglich und unaufgefordert der KVA Vogelsbergkreis, Kommunales Jobcenter, mitzuteilen. Mir ist bekannt, dass sich diese Verpflichtung auch auf alle weiteren Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft bezieht. Dies gilt auch für die Richtigkeit der durch mich und die Antragsannahme vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen.

Under §§ 60-67 of the Social Code, Book One (SGB I), I am obliged to cooperate. If I fail to fulfil my duty to cooperate, this may lead to rejection. I am aware that under § 263 of the Criminal Code, criminal prosecution for fraud is possible if incorrect or incomplete information is provided.
Nach §§ 60-67 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I) bin ich zur Mitwirkung verpflichtet. Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung führen. Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

I am aware that my personal data will be saved in a system for automatic data processing to calculate benefits. I consent to the collection, storage and processing of the data required for the payment of benefits.
Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatischen Datenverarbeitung gespeichert werden. Mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten bin ich einverstanden.

Furthermore, those receiving benefits under SGB II, are regularly reviewed as part of an automated data reconciliation, as to whether and in what amount and for what periods they have received or are receiving benefits from the Federal Employment Agency or the accident and pension insurance institutions or other social service providers. In addition, a review of exemption applications granted is carried out at the Federal Office of Finance.
Weiterhin werden Personen, die Leistungen nach dem SGB II beziehen, regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs überprüft, ob und in welcher Höhe und für welche Zeiträume von Ihnen Leistungen der Bundesagentur für Arbeit oder der Träger der Unfall- und Rentenversicherung oder durch andere Sozialleistungsträger bezogen wurden oder werden. Zusätzlich wird eine Überprüfung von erteilten Freistellungsaufträgen beim Bundesamt für Finanzen durchgeführt.

I have received the data protection information.
Die Datenschutzhinweise habe ich erhalten.

_____	_____	_____
Place Date *Ort, Datum*	Claimant's signature *Unterschrift Antrag stellende Person*	Signature legal representative (if claimant is under age) *Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in (falls Antragsteller/in minderjährig)*

16. Declaration on the presumption of representation under § 38 SGB II

Erklärung zur Vertretungsvermutung nach § 38 SGB II

I hereby declare that the applicant is entitled or authorised as a member of the benefit community to apply in my name and for me for benefits under the Social Code II (SGB II), and receive for me any decisions passed in the context of benefits under SGB II and benefits under SGB II and exercise any relevant legal remedies.
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.

This declaration does not release me from my obligation to ensure that the health insurance is notified immediately of any changes in my personal and economic conditions or other facts and changes relevant to the decision on SGB II benefits and the required documents submitted.
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.

I have received the data protection information. This declaration is effective until further notice for all administrative procedures related to the benefits under the SGB II.
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.*

Partner/in:

First name *Vorname*	Surname *Name*	Signature/spouse/partner *Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte/in*

Adult children up to 25 years of age:
Volljährige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres:

First name *Vorname*	Surname *Name*	Signature adult child up to 25 years of age *Unterschrift volljähriges Kind bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres*
First name *Vorname*	Surname *Name*	Signature adult child up to 25 years of age *Unterschrift volljähriges Kind bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres*

Parents/ parent in benefit community, where the claimant is indeed of legal age but not yet 25 years of age:
Eltern/Elternteil in Bedarfsgemeinschaft, sofern die Antrag stellende Person zwar volljährig, aber noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet hat:

First name *Vorname*	Surname *Name*	Signature Parent *Unterschrift Elternteil*
First name *Vorname*	Surname *Name*	Signature Parent *Unterschrift Elternteil*

VOGELSBERG K|V|A Kommunales Jobcenter **Bahnhofstr. 49/51** **36341 Lauterbach**	**Anlage zum Antrag auf Bürgergeld** **Leistungen für Bildung und Teilhabe**	**Eingang:** Az.: _____

Antragstellende Person als Vertretung der Bedarfsgemeinschaft

Vorname: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Wohnort: _____

Leistungen für Bildung und Teilhabe

	Kind	**Kind**	**Kind**
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Leistung			
A Eintägige Ausflüge von Schule oder Kita[1]	☐	☐	☐
B Mehrtägige Klassenfahrten/ Ausflüge von Schule oder Kita[1]	☐	☐	☐
C Schulbedarf zum 01. August und 01. Februar	wird bei Leistungsbezug automatisch berücksichtigt[2]	wird bei Leistungsbezug automatisch berücksichtigt[2]	wird bei Leistungsbezug automatisch berücksichtigt[2]
D Zuschuss zu den Fahrtkosten für Schülerinnen und Schüler[3]	☐	☐	☐
E Angemessene Lernförderung[4]	☐	☐	☐
F Mittagsverpflegung in Schule oder Kita[5]	☐	☐	☐
G Leistungen für die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben[6]	☐	☐	☐

1 bitte Anlage A/B von der Schule bzw. Kita ausfüllen lassen und zurückgeben
2 bitte einen Nachweis über die Einschulung vorlegen, wenn das Kind zum Stichtag 6 Jahre alt ist bzw. eine Schulbescheinigung einreichen, wenn das Kind zum Stichtag 15 Jahre oder älter ist
3 bitte Anlage D ausfüllen und die dort aufgeführten Nachweise beifügen
4 bitte Anlage E von der Schule ausfüllen lassen und mit den dort aufgeführten Nachweisen zurückgeben
5 bitte Anlage F ausfüllen und die dort aufgeführten Nachweise beifügen
6 bitte Anlage G ausfüllen und die dort aufgeführten Nachweise beifügen

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Antrag stellende Person	Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in (falls Antragsteller/in minderjährig)

VOGELSBERG KVA Kommunales Jobcenter	**Wahl einer Krankenkasse wegen Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V***	**Eingang:**

KVA Kommunales Jobcenter
Bahnhofstraße 49/51

36341 Lauterbach

Ich _____
(Frau/Herr/Divers, Vorname, Name, Geburtsname – falls abweichend)

_____
(Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit)

_____
(Rentenversicherungsnummer – falls bekannt)

wohnhaft in _____
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

bin nicht krankenversichert und wähle ab dem Beginn des Bezugs von Bürgergeld für erwerbsfähige Personen folgende Krankenkasse:

_____

_____

(Name und Anschrift der Krankenkasse)

Ich bitte Sie, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren.

Mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden.

_____ _____
(Ort, Datum) (Unterschrift)

*** Die Erklärung ist für jede erwerbsfähige Person in der Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren erforderlich und möglich bis 30.04.2025.**

VOGELSBERG K|V|A Kommunales Jobcenter **Bahnhofstr. 49/51** **36341 Lauterbach**	**Application for citizen money** ***Antrag auf BÜRGERGELD*** **Personal details for mediation** ***Persönliche Angaben zur Vermittlung***	**Entry** (*Eingang*): **Reference number** (*Aktenzeichen*):

Details on the person *Angaben zur Person*	**Person**	**Person**	**Person**
Are you – in your estimation - capable of exercising an activity of at least three hours a day? ***(Details required from 15)*** *Sind Sie - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben?* ***(Angabe erforderlich ab 15)***	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* If not, because *Wenn nein, weil*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* If not, because *Wenn nein, weil*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* If not, because *Wenn nein, weil*
If there ist a severe disability? *Liegt eine Schwerbehinderung vor?*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*
Are you at school/ university? *Sind Sie Schüler/ Student?*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*
The highest school/study qualification is? *Der höchste Schul-/Studienabschluss ist?* The qualification ist recognised in Germany? *Der Abschluss ist in Deutschland anerkannt?*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*
Are you in vocational training? *Sind Sie in einer beruflichen Ausbildung?*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*
Have you completed vocational training? *Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?* Highest vocational education: *Höchster Berufsabschluss:* The vocational education is recognised in Germany? *Der Berufsabschluss ist in Deutschland anerkannt?*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* ☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* ☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*	☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* ☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein*

Desired job? *Beschäftigungswunsch?* Full time? *Vollzeit?* Area of activity: *Tätigkeitsbereich:*	_____ _____ ☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ _____	_____ _____ ☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ _____	_____ _____ ☐ Yes ☐ No *Ja* *Nein* _____ _____
A driver´s licence vild in Germany *Ein in Deutschland gültiger Führerschein ist*	☐ exists *vorhanden* ☐ nonexistent *nicht vorhanden*	☐ exists *vorhanden* ☐ nonexistent *nicht vorhanden*	☐ exists *vorhanden* ☐ nonexistent *nicht vorhanden*
Other qualifications: *Weitere Qualifikationen:*			
Other languages besides native languages: *Andere Sprachen außer Muttersprache:*			