



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

* 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: <i>Geldinstitut</i>	
Name of the account holder: <i>Name des Kontoinhabers</i>	

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

	<u>Surname</u> <i>Name</i>	<u>First name</u> <i>Vorname</i>	<u>Date of birth</u> <i>Geburtsdatum</i>	<u>Ratio to 1</u> (e.B. Spouse, child) <i>Verhältnis zu 1 (z.B. Ehegatte, Kind)</i>
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 <i>Personendaten</i>	Person No. 1 / 4 / 7	Person No. 2 / 5	Person No. 3 / 6
Surname <i>Name</i>			
First name <i>Vorname</i>			
Gender <i>Geschlecht</i>	<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female <input type="checkbox"/> indefinite <i>männlich weiblich unbestimmt</i>	<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female <input type="checkbox"/> indefinite <i>männlich weiblich unbestimmt</i>	<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female <input type="checkbox"/> indefinite <i>männlich weiblich unbestimmt</i>
Date of birth <i>Geburtsdatum</i>			
Name of birth <i>ggf. Geburtsname</i>			
Place of birth <i>Geburtsort</i>			
Country of birth <i>Geburtsland</i>			
Marital status <i>Familienstand</i>			
Nationality <i>Staatsangehörigkeit</i>			
Stay in Germany since <i>Aufenthalt in Deutschland seit</i>			
Residence permit valid until <i>Aufenthaltstitel gültig bis</i>			
AZR No.			

5. Personal details for the payment of benefits and mediation

Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung und Vermittlung

Details on the person <i>Angaben zur Person</i>	Person No. 1 / 4 / 7	Person No. 2 / 5	Person No. 3 / 6
<p>Are you – in your estimation - capable of exercising an activity of at least three hours a day? <i>(Details required from 15)</i></p> <p><i>Sind Sie - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben? (Angabe erforderlich ab 15)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p> <hr/> <p>If not, because <i>Wenn nein, weil</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p> <hr/> <p>If not, because <i>Wenn nein, weil</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p> <hr/> <p>If not, because <i>Wenn nein, weil</i></p>
<p>If there ist a severe disability? <i>Liegt eine Schwerbehinderung vor?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p>
<p>Are you at school/ university? <i>Sind Sie Schüler/ Student?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p>
<p>The highest school/study qualification is? <i>Der höchste Schul-/ Studienabschluss ist?</i></p> <hr/> <p>The qualification ist recognised in Germany? <i>Der Abschluss ist in Deutschland anerkannt?</i></p>	<hr/> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p>	<hr/> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p>	<hr/> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p>
<p>Are you in vocational training? <i>Sind Sie in einer beruflichen Ausbildung?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p>
<p>Have you completed vocational training? <i>Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?</i></p> <p>Highest vocational education: <i>Höchster Berufsabschluss:</i></p> <hr/> <p>The vocational education is recognised in Germany? <i>Der Berufsabschluss ist in Deutschland anerkannt?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i></p>

Desired job? <i>Beschäftigungswunsch?</i>	_____	_____	_____
Full time? <i>Vollzeit?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>
Area of activity: <i>Tätigkeitsbereich:</i>	_____	_____	_____
A driver's licence valid in Germany <i>Ein in Deutschland gültiger Führerschein ist</i>	<input type="checkbox"/> exists <i>vorhanden</i> <input type="checkbox"/> nonexistent <i>nicht vorhanden</i>	<input type="checkbox"/> exists <i>vorhanden</i> <input type="checkbox"/> nonexistent <i>nicht vorhanden</i>	<input type="checkbox"/> exists <i>vorhanden</i> <input type="checkbox"/> nonexistent <i>nicht vorhanden</i>
Other qualifications: <i>Weitere Qualifikationen:</i>			
Other languages besides native languages: <i>Andere Sprachen außer Muttersprache:</i>			

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 Mitgliedsbescheinigung einer Krankenkasse ein. Kann keine Mitgliedsbescheinigung einer Krankenkasse vorgelegt werden, wählen Sie bitte eine Krankenkasse mit beigefügtem Formular)

Health insurance <i>Krankenversicherung</i>	Person No. 1 / 4 / 7	Person No. 2 / 5	Person No. 3 / 6
consists <i>besteht</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>
Name of the health insurance company <i>Name der Krankenkasse</i>			
Social security number <i>Sozialversicherungsnummer</i>			

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 <i>Art des Mehrbedarfs</i>	Person No. 1 / 4 / 7	Person No. 2 / 5	Person No. 3 / 6
Single parent <i>alleinerziehend</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>		
in the case of pregnancy: expected due date <i>bei Schwangerschaft: berechneter Entbindungstermin</i>			
costly nutrition from medical reasons <i>kostenaufwändige Ernährung aus medizinischen Gründen</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>

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)

9. Income situation (please enclose evidence)

Einkommensverhältnisse (bitte Nachweise beilegen)

Income from <i>Einnahmen aus</i>	Person No. 1 / 4 / 7	Person No. 2 / 5	Person No. 3 / 6
Unemployment benefit <i>Arbeitslosengeld</i>	daily (<i>täglich</i>) _____ €	daily (<i>täglich</i>) _____ €	daily (<i>täglich</i>) _____ €
Berufsausbildungsbeihilfe/ BAföG	€	€	€
Child benefit <i>Kindergeld</i>	€	€	€
Parental <i>Elterngeld</i>	€	€	€
Part-time job(s) (marginally employed) <i>Mini-Job(s) (geringfügig beschäftigt)</i>	€	€	€
Wage/salary/training allowance <i>Lohn/ Gehalt/ Ausbildungsvergütung</i>	€	€	€
Do you receive one-off payments, e.g. holiday/Christmas pay? <i>Erhalten Sie Einmalzahlungen, z.B. Urlaubs-/Weihnachtsgeld?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>
Employer: <i>Arbeitgeber:</i>			
Foreign pension (Amount and currency) <i>Ausländische Rente (Betrag und Währung)</i>			
Other income: <i>sonstige Einnahmen:</i>	€	€	€
Person has <i>Person hat</i>	<input type="checkbox"/> no income <i>keine Einnahmen</i>	<input type="checkbox"/> no income <i>keine Einnahmen</i>	<input type="checkbox"/> no income <i>keine Einnahmen</i>

Are you expecting income? <i>Erwarten Sie Einnahmen?</i>	Person No. 1 / 4 / 7	Person No. 2 / 5	Person No. 3 / 6
If yes, at what amount? <i>Wenn ja, in welcher Höhe?</i>	_____ €	_____ €	_____ €
From whom? <i>Von wem?</i>			
Costs for <i>Aufwendungen für</i>	Person No. 1 / 4 / 7	Person No. 2 / 5	Person No. 3 / 6
Travel costs to work in <i>Fahrtkosten zur tatsächlichen Arbeitsstätte in</i>	<input type="checkbox"/> public transport <i>öffentliche Verkehrsmittel</i> _____ € mth (<i>mtl.</i>)	<input type="checkbox"/> public transport <i>öffentliche Verkehrsmittel</i> _____ € mth (<i>mtl.</i>)	<input type="checkbox"/> public transport <i>öffentliche Verkehrsmittel</i> _____ € mth (<i>mtl.</i>)
Shortest distance between home and work <i>Kürzeste Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte</i>	<input type="checkbox"/> Car (<i>PKW</i>) _____ km	<input type="checkbox"/> Car (<i>PKW</i>) _____ km	<input type="checkbox"/> Car (<i>PKW</i>) _____ km
Working days in the week <i>Arbeitstage in der Woche</i>	_____ days (<i>Tage</i>)	_____ days (<i>Tage</i>)	_____ days (<i>Tage</i>)
Motor vehicle Liability Insurance <i>Kfz-Haftpflichtversicherung</i>	_____ € mth	_____ € mth	_____ € mth

10. Claimed social benefits <i>Beantragte Sozialleistungen</i>			
Type of social benefit <i>Art der Sozialleistung</i>	Person No. 1 / 4 / 7	Person No. 2 / 5	Person No. 3 / 6
Child benefit has been requested <i>Es wurde Kindergeld beantragt</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>		
Other applications made, e.g. unemployment benefit, BAföG? <i>Weitere gestellte Anträge, z.B. Arbeitslosengeld, BAföG?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ja Nein</i>
If so, what performance? <i>Wenn ja, welche Leistung?</i>	_____	_____	_____

11. Financial circumstances <i>Vermögensverhältnisse</i>
I have information on the determination of the financial situation of the benefit community in the investment assets (self-assessment) made. <i>Angaben zur Feststellung der Vermögensverhältnisse der Bedarfsgemeinschaft habe ich in der Anlage Vermögen (Selbstauskunft) gemacht.</i>
12. In the next few months, there will be changes that are already known to us: <i>In den nächsten Monaten ergeben sich für uns jetzt schon bekannte Änderungen:</i>

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 Antrag stellenden 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



K|V|A
Kommunales Jobcenter

Bahnhofstr. 49/51
36341 Lauterbach

Anlage zum Antrag auf Bürgergeld Leistungen für Bildung und Teilhabe

Eingang:

Az.: _____

Antrag stellende 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Mehrtägige Klassenfahrten/ Ausflüge von Schule oder Kita ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Angemessene Lernförderung ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Mittagsverpflegung in Schule oder Kita ⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Leistungen für die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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) _____



**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.**



Bahnhofstr. 49/51
36341 Lauterbach

Antrag auf Bürgergeld

Anlage Vermögen (Selbstauskunft)

Eingang:

Az:

1. Antragstellende Person als Vertretung der Bedarfsgemeinschaft

Vorname: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____

2. Erklärung zum Vermögen der Bedarfsgemeinschaft *(bitte ankreuzen)*

Eine Voraussetzung für die Zahlung von Bürgergeld ist, dass das verwertbare, zu berücksichtigende Vermögen Ihrer Bedarfsgemeinschaft (siehe Erläuterung zu Punkt 6 des Erstantrages) innerhalb von Freibeträgen liegt. In § 12 Abs. 1 Satz 2 SGB II wird geregelt, welche Vermögensgegenstände nicht zu berücksichtigen sind. Nicht berücksichtigt wird zum Beispiel ein angemessenes Kraftfahrzeug für jede in der Bedarfsgemeinschaft lebende erwerbsfähige Person, für die Altersvorsorge bestimmte Versicherungsverträge, Riester-Verträge und ein selbst genutztes Hausgrundstück bzw. Eigentumswohnung innerhalb bestimmter Wohnflächengrenzen.

Außerdem ist zu beachten, ob die Bedarfsgemeinschaft Bürgergeld innerhalb oder außerhalb einer **Karenzzeit** in Anspruch nimmt. Die Karenzzeit beträgt **1 Jahr** ab Beginn des Monats, für den erstmals Bürgergeld ab 2023 bezogen wird. Wird der Leistungsbezug in der Karenzzeit für mindestens einen Monat unterbrochen, verlängert sich die Karenzzeit um volle Monate ohne Leistungsbezug. Eine neue Karenzzeit beginnt, wenn zuvor mindestens drei Jahre keine Leistungen nach dem SGB II oder dem SGB XII bezogen worden sind. **Innerhalb der Karenzzeit** wird Vermögen nur berücksichtigt, wenn es erheblich ist.

Nach § 12 Abs. 4 SGB II ist Vermögen **erheblich**, wenn es in der Summe **40.000 Euro** für die antragstellende Person sowie **15.000 Euro** für jede weitere mit dieser in Bedarfsgemeinschaft lebende Person übersteigt.

Während der Karenzzeit wird ein selbst genutztes Hausgrundstück bzw. Eigentumswohnung unabhängig von der Wohnfläche nicht als Vermögen berücksichtigt.

Es wird vermutet, dass die Bedarfsgemeinschaft kein erhebliches Vermögen hat, wenn die antragstellende Person dies im Antrag erklärt. Zusätzlich zur Erklärung sind Angaben zum Vermögen der Bedarfsgemeinschaft durch diese Selbstauskunft zu machen. Nachweise müssen Sie in der Karenzzeit nur vorlegen, wenn wir Sie dazu auffordern.

Meine Bedarfsgemeinschaft hat erhebliches Vermögen

ja nein

Zum Vermögen mache ich die nachfolgenden Angaben. Mir ist bekannt, dass die KVA, Kommunales Jobcenter, Nachweise anfordern kann.

3. Vermögenswerte der zur Bedarfsgemeinschaft gehörenden Personen im In- und/oder Ausland

(bitte ankreuzen - reicht der Platz für ihre Eintragungen nicht aus, machen Sie die Angaben bitte unter Punkt 5)

3.1 Bargeld

Bargeld in Euro

ja nein

Name der Person	Gesamtbetrag in Euro
Name der Person	Gesamtbetrag in Euro

Bargeld in ausländischer Währung

ja nein

Name der Person	Gesamtbetrag in Auslandswährung
-----------------	---------------------------------

3.2 Konten

Girokonten

ja nein

Name der Person	Kontostand in Euro
IBAN	Geldinstitut

Name der Person	Kontostand in Euro
IBAN	Geldinstitut

Name der Person	Kontostand in Euro
IBAN	Geldinstitut

Kreditkartenkonten, PayPal und weitere Konten

ja nein

Name der Person	Gesamtbetrag in Euro
Art des Kontos (zum Beispiel PayPal, Kreditkarte)	Geldinstitut

Name der Person	Gesamtbetrag in Euro
Art des Kontos (zum Beispiel PayPal, Kreditkarte)	Geldinstitut

3.3 Geldanlagen

Spareinlagen (zum Beispiel Sparbuch, Sparbrief, Tagesgeldkonto, Prämien sparen)

ja nein

Name der Person	Gesamtbetrag in Euro
Art der Anlage / IBAN	Geldinstitut

Name der Person	Gesamtbetrag in Euro
Art der Anlage / IBAN	Geldinstitut

Name der Person	Gesamtbetrag in Euro
Art der Anlage / IBAN	Geldinstitut

Depot für Wertpapiere (zum Beispiel für Aktien, Fonds, ETFs, Anleihen)

ja nein

Name der Person	Depotstand in Euro
Depotnummer	Geldinstitut

Name der Person	Depotstand in Euro
Depotnummer	Geldinstitut

Bausparverträge ja nein

Name der Person	Aktueller Stand des Guthabens in Euro
Bausparnummer	Bausparkasse
<input type="checkbox"/> Der Bausparvertrag ist zur Sicherung eines Darlehens an ein Kreditinstitut abgetreten.	

Name der Person	Aktueller Stand des Guthabens in Euro
Bausparnummer	Bausparkasse
<input type="checkbox"/> Der Bausparvertrag ist zur Sicherung eines Darlehens an ein Kreditinstitut abgetreten.	

3.4 Versicherungen, die nicht für die Altersvorsorge bestimmt sind**Kapitallebensversicherungen oder private Rentenversicherungen, Versicherungen mit Prämienrückgewähr** (zum Beispiel Berufsunfähigkeits-, Sterbegeld- oder Unfallversicherung) ja nein

Name der Person	Rück- oder Verkaufswert in Euro
Versicherungsnummer	Versicherungsunternehmen

Name der Person	Rück- oder Verkaufswert in Euro
Versicherungsnummer	Versicherungsunternehmen

3.5 Versicherungen, die für die Altersvorsorge bestimmt sind**Kapitallebensversicherungen oder private Rentenversicherungen** ja nein

Name der Person	Auszahlung/Rentenbeginn am
Versicherungsnummer	Versicherungsunternehmen

Name der Person	Auszahlung/Rentenbeginn am
Versicherungsnummer	Versicherungsunternehmen

3.6 Staatlich geförderte Altersvorsorge**Riester-Rente** ja nein

Name der Person	Versicherung/Geldinstitut
-----------------	---------------------------

Name der Person	Versicherung/Geldinstitut
-----------------	---------------------------

3.7 Immobilien im In- und Ausland

Selbst bewohnte Immobilie

ja nein

<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Zweifamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung
Gesamtwohnfläche in m ²		Anzahl der Bewohner	
Name der Eigentümerin/des Eigentümers		Miteigentumsanteil in %	

Weitere Immobilien

ja nein

<input type="checkbox"/> bebautes Grundstück	<input type="checkbox"/> unbebautes Grundstück	Mieteinnahmen in Euro	Pachteinnahmen in Euro
Lage des Grundstückes		Grundstücksgröße in m ²	
Verkehrswert in Euro		Belastungen in Euro	
Name der Eigentümerin/des Eigentümers		Miteigentumsanteil in %	

<input type="checkbox"/> bebautes Grundstück	<input type="checkbox"/> unbebautes Grundstück	Mieteinnahmen in Euro	Pachteinnahmen in Euro
Lage des Grundstückes		Grundstücksgröße in m ²	
Verkehrswert in Euro		Belastungen in Euro	
Name der Eigentümerin/des Eigentümers		Miteigentumsanteil in %	

Sind weitere bebaute bzw. unbebaute Grundstücke vorhanden, bitte Angaben unter **Punkt 5** machen.

3.8 Kraftfahrzeuge

PKW, LKW, Motorrad, etc.

ja nein

Name der Eigentümerin/des Eigentümers		
Fabrikat/Modell	Amtliches Kennzeichen	
Tag der Erstzulassung	Kilometerstand	Bestehende Kreditverbindlichkeiten in Euro
<input type="checkbox"/> Es handelt sich um ein angemessenes Kraftfahrzeug, weil der Wert nicht über 15.000 Euro liegt <i>(Angabe möglich, sofern die Eigentümerin/der Eigentümer erwerbsfähig ist)</i>		

Name der Eigentümerin/des Eigentümers		
Fabrikat/Modell	Amtliches Kennzeichen	
Tag der Erstzulassung	Kilometerstand	Bestehende Kreditverbindlichkeiten in Euro
<input type="checkbox"/> Es handelt sich um ein angemessenes Kraftfahrzeug, weil der Wert nicht über 15.000 Euro liegt <i>(Angabe möglich, sofern die Eigentümerin/der Eigentümer erwerbsfähig ist)</i>		

3.9 Sonstiges Vermögen

Kryptowährungen, Edelmetalle, Antiquitäten, Gemälde, Schmuck etc.

ja nein

Name der Person	Art des Wertgegenstands	Vermögenswert in Euro
Name der Person	Art des Wertgegenstands	Vermögenswert in Euro

3.10 Vermögenswerte, die von hauptberuflich Selbständigen für die Altersvorsorge bestimmt sind

- Folgende Person ist bzw. war in ihrem Berufsleben hauptberuflich selbständig tätig und erklärt zusätzlich zu den Angaben unter 3.5 und 3.6 weitere Vermögenswerte als für die Altersvorsorge bestimmt:

Name der Person
Anzahl an Jahren, in denen keine Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung, an eine öffentlich-rechtliche Versicherungseinrichtung oder an eine Versorgungseinrichtung einer Berufsgruppe entrichtet wurden <input type="text"/>
Von den vorstehend angegebenen Vermögenswerten sind für die Altersvorsorge bestimmt

4. Schenkungen/Spenden/Übertragungen

Schenkungen/Spenden/Übertragungen, die innerhalb der letzten **10 Jahre** aus dem Vermögen einer ja nein in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Person im In- oder Ausland erfolgten:

Name der Person	
Zeitpunkt der Schenkung/Spende/Übertragung	Höhe in Euro
Verwendungszweck	Empfängerin/Empfänger

5. Raum für weitere Angaben

6. Hinweise, Unterschrift

Für jedes Mitglied Ihrer Bedarfsgemeinschaft kann ein Abrufersuchen gegenüber dem Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) gestellt werden, um die Einkommens- und Vermögensverhältnisse Ihrer Bedarfsgemeinschaft zu klären (§ 93 Absatz 8 und 9 der Abgabenordnung). Das BZSt übermittelt die Kontenstammdaten Ihrer Konten und – bei Vorliegen eines konkreten Verdachts – gegebenenfalls auch der Konten Dritter, bei denen Sie als verfügungsberechtigte oder wirtschaftlich berechtigte Person im Sinne des § 1 Absatz 6 des Geldwäschegesetzes angegeben sind (unter anderem Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers, Geburtsdatum, IBAN und Verfügungsberechtigung). Dies betrifft die Konten, die nicht länger als drei Jahre aufgelöst sind.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)