

**Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts
nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)
– Arbeitslosengeld II / Sozialgeld –**

Füllen Sie bitte den Antragsvordruck (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus.

Landkreis Ostprignitz-Ruppin			
Tag der Antragstellung bei WB	Dienststelle	Ende des laufenden Bewilligungsabschnittes	Eingangsstempel
	Team		
Die Antragstellerin/ der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch:			
<input type="checkbox"/> Bundespersonalausweis		<input type="checkbox"/> Pass	
<input type="checkbox"/> Sonst. Ausweispapiere		(Hz, Datum) _____	

Antrag auf Weiterbewilligung der Leistungen nach dem SGB II
 verkürzter Antrag auf Leistungen nach dem SGB II: Wenn der Antragsteller in den letzten 6 Monaten vor dem Tag der Antragstellung (Datum siehe oben) mindestens einen Tag Arbeitslosengeld II vom Landkreis OPR bezogen hat bzw. wenn seit dem letzten Ablehnungsbescheid weniger als 6 Monate vergangen sind.

Aktenzeichen (siehe Bescheid) _____
 Name, Vorname, Geburtsdatum der Antragstellerin/des Antragstellers _____

1a Angaben zu den weiteren Personen der Bedarfsgemeinschaft *)

	Name	Vorname	Geburtsdatum
1.	Antragstellerin/Antragsteller		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

Hinweis: Bitte Änderungen angeben, die seit letztmaliger Antragstellung eingetreten sind, soweit diese noch nicht dem zuständigen Leistungsträger mitgeteilt wurden. Angaben zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen sind immer erforderlich.

1b Änderungen zu den persönlichen Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Hat sich die Wohnanschrift, die Telefonnummer, die E-Mail-Adresse und/oder die Bankverbindung geändert? Ja Nein

Wenn ja, Änderungen bitte nachfolgend eintragen.

Straße, Hausnummer _____ ggf. wohnhaft bei wem _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefonnummer *) _____ E-Mail-Adresse *) _____

Bankleitzahl (BLZ) _____ Kontonummer _____

bei Kreditinstitut _____

Name des Kontoinhabers _____

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (vgl. auch Kapitel 18 des Merkblattes). 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.

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen.

2. Änderungen in den persönlichen Verhältnissen

Haben sich bei den Personen der Bedarfsgemeinschaft Änderungen nach Abschnitt 2a bis 2e ergeben? Ja Nein

2a Änderung hinsichtlich des Familienstandes _____
seit _____ ; Vorname/n _____

2b Schülerin/Schüler
seit _____ bis (Tag/Monat/Jahr) _____ ; Vorname _____
seit _____ bis (Tag/Monat/Jahr) _____ ; Vorname _____
Legen Sie bitte bei Personen ab dem 15. Lebensjahr jeweils eine Schulbescheinigung vor.

2c Studentin/Student
seit _____ bis (Tag/Monat/Jahr) _____ ; Vorname _____
seit _____ bis (Tag/Monat/Jahr) _____ ; Vorname _____
Legen Sie bitte jeweils eine Studienbescheinigung vor.

2d Berufliche Ausbildung
seit _____ bis (Tag/Monat/Jahr) _____ ; Vorname _____
seit _____ bis (Tag/Monat/Jahr) _____ ; Vorname _____
Legen Sie bitte jeweils den Ausbildungsvertrag vor.

2e Unterbringung in einer stationären Einrichtung *) vom _____ bis (Tag/Monat/Jahr) _____
Vorname/n _____
Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

2f Erwerbsfähigkeit *)

Haben sich bei den Personen der Bedarfsgemeinschaft Änderungen hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit ergeben (erwerbsfähig ist, wer das 15. Lebensjahr vollendet hat und gesundheitlich in der Lage ist, eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich auszuüben)? Ja Nein

Wenn ja,

jetzt erwerbsfähig seit _____ Vorname/n _____
 nicht mehr erwerbsfähig seit _____ Vorname/n _____

2g Bedarfsgemeinschaft *)

Ist eine Person oder sind mehrere Personen der Bedarfsgemeinschaft ein- bzw. ausgezogen? Ja Nein

Wenn ja,

Einzug Name/n, Vorname/n _____
seit (Tag/Monat/Jahr) _____

Geben Sie bitte das Verwandtschaftsverhältnis zu Ihnen bzw. Ihrer Partnerin/Ihrem Partner an:

Auszug Name/n, Vorname/n _____
seit (Tag/Monat/Jahr) _____

Bitte füllen Sie für die in die Bedarfsgemeinschaft eingezogene/n Person/en ab 15 Jahren (z. B. Partner, Eltern, Kinder) **Anlage WEP** aus. Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte **Anlage KI** aus.

2h Haushaltsgemeinschaft *)

Ist eine Person oder sind mehrere Personen Ihrer Haushaltsgemeinschaft ein- bzw. ausgezogen? Ja Nein

Wenn ja, tragen Sie bitte die Anzahl der Personen und das Datum des Ein- bzw. Auszugs ein:

Anzahl der Personen	nicht mehr im Haushalt seit (Tag/Monat/Jahr)	neu im Haushalt seit (Tag/Monat/Jahr)

Füllen Sie bitte bei Einzug von Verwandten oder Verschwägerten (z. B. Großeltern, Geschwister, Onkel, Tante, Nefte) **Anlage HG** aus. Bei Einzug von nicht verwandten Personen füllen Sie bitte **Anlage VE** aus.

3. Angaben für die Gewährung eines Mehrbedarfes

Die Angaben zu Abschnitt 3a bis e sind freiwillig und nur erforderlich, sofern ein Mehrbedarf für eine Person der Bedarfsgemeinschaft jetzt neu beansprucht wird.

3a Schwangere haben einen Anspruch auf Mehrbedarf. *)
Geben Sie den voraussichtlichen Entbindungstermin an _____ (Tag/Monat/Jahr).
Vorname/n _____ Bitte legen Sie geeignete Nachweise vor. *)

3b Sind Sie bzw. Personen der Bedarfsgemeinschaft alleinerziehend? Ja Nein
Wenn ja, seit _____ (Tag/Monat/Jahr); Vorname/n _____

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen.

3c Haben Sie bzw. Personen der Bedarfsgemeinschaft eine Behinderung und erhalten Sie bzw. erhält sie/er Ja Nein

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben oder

Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)?

Wenn ja, seit _____ (Tag/Monat/Jahr); Vorname/n _____

Legen Sie bitte den aktuellen Bewilligungsbescheid vor.

3d Benötigen Sie bzw. Personen der Bedarfsgemeinschaft aus medizinischen Gründen eine kosten- Ja Nein
aufwändigere Ernährung? *)

Wenn ja, seit _____ (Tag/Monat/Jahr); Vorname/n _____

Füllen Sie bitte **Anlage MEB** aus.

3e Sind Sie bzw. Personen der Bedarfsgemeinschaft nicht erwerbsfähig und Inhaber eines Ausweises Ja Nein
(nach § 69 Abs. 5 SGB IX) mit dem Merkzeichen G?

Wenn ja, seit _____ (Tag/Monat/Jahr); Vorname/n _____

Legen Sie bitte den entsprechenden amtlichen Ausweis vor.

4. Aktuelle Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Haben bzw. hatten Sie oder weitere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft Einkommen, andere Leistungen beantragt oder ist beabsichtigt einen entsprechenden Antrag zu stellen? *) Ja Nein

Wenn ja, Vorname/n _____

und füllen Sie bitte für jede Person **Anlage EK** aus (Einkommen sind auch Sozialleistungen und Renten). Bei Erwerbseinkommen aus unselbständiger Tätigkeit lassen Sie bitte außerdem die **Einkommensbescheinigung** von dem Arbeitgeber/den Arbeitgebern ausfüllen. Bei Erwerbseinkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte **Anlage EKS** aus.

5. Änderungen in den Vermögensverhältnissen

Haben sich Änderungen in Ihren Vermögensverhältnissen oder in denen der weiteren Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft ergeben? *) Ja Nein

Wenn ja, Vorname/n _____

und füllen Sie bitte **Anlage VM** aus.

6. Änderungen zur Sozialversicherung

Haben sich Änderungen hinsichtlich der Kranken-, Pflege- oder Rentenversicherung ergeben? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

seit (Tag/Monat/Jahr) _____ Vorname/n _____

7. Änderungen bei den sonstigen Ansprüchen gegenüber Dritten (z. B. Unterhaltsansprüche oder Schadensersatzansprüche)

Haben sich Änderungen bei den sonstigen Ansprüchen gegenüber Dritten ergeben (siehe 7a-b)? Ja Nein

7a Wenn eine oder mehrere Änderungen eingetreten sind, füllen Sie bitte die entsprechende **Anlage UH** aus: *)

Ich lebe bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner lebt getrennt von der Ehegattin/vom Ehegatten bzw. von der eingetragenen Lebenspartnerin/vom eingetragenen Lebenspartner. Füllen Sie bitte **Anlage UH Abschnitt1** aus.

Ich bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner war bereits verheiratet und diese Ehe wurde geschieden bzw. diese Lebenspartnerschaft wurde aufgelöst. Füllen Sie bitte **Anlage UH Abschnitt1** aus.

Eine nicht verheiratete Person in der Bedarfsgemeinschaft ist schwanger oder betreut ein nicht eheliches Kind unter 3 Jahren und kann deshalb nicht arbeiten. Füllen Sie bitte **Anlage UH Abschnitt2** aus.

Eine Person in der Haushaltsgemeinschaft hat einen Elternteil außerhalb der Bedarfsgemeinschaft und

- ist unter 18 Jahren oder

- zwischen 18 und 24 Jahren und in Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen. Füllen Sie bitte **Anlage UH Abschnitt3** aus.

7b Ein Mitglied der Bedarfsgemeinschaft hat einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlichen Behandlungsfehler, tätliche Auseinandersetzung) und ist deshalb hilfebedürftig geworden. *) Füllen Sie bitte **Anlage UF** aus.

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen.

8. Änderungen bei den Kosten für Unterkunft und Heizung

Haben sich Änderungen bei den Kosten für Unterkunft und Heizung ergeben? Ja Nein

Wenn Änderungen eingetreten sind, oder Sie noch keine aktuellen Nachweise für die Kosten der Unterkunft des aktuellen Kalenderjahres eingereicht haben, machen Sie bitte folgende Angaben:

- Höhe der Grundmiete (ohne Garage, Stellplatz und Nebenkosten) _____ Euro/monatlich
- Höhe der Schuldzinsen ohne Tilgungsraten (nur bei Eigentum) _____ Euro/monatlich
- Höhe der Heizkosten _____ Euro/monatlich
- Höhe der Nebenkosten _____ Euro/monatlich
- Höhe der sonstigen Wohnkosten _____ Euro/monatlich

Legen Sie bitte die entsprechenden Nachweise (z. B. Mietvertrag/-bescheinigung, Heiz-, Nebenkostenabrechnung) vor.

Da Sie die Leistungen beantragen, wird von der Vermutung ausgegangen, dass Sie auch die Vertretung Ihrer Bedarfsgemeinschaft übernommen haben. Diese gilt nicht mehr, wenn Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Leistungsträger erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen (§ 38 SGB II). Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft nicht nur mit der Erstattung der zu Unrecht erhaltenen Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus. Beachten Sie bitte, dass der Leistungsträger im Wege des automatisierten Datenabgleichs Auskünfte bei Dritten, z. B. über Beschäftigungszeiten, Kapitalerträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen erhalten.

Das Merkblatt "SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)" habe ich erhalten und kenne dessen Inhalt.

Folgende Anlagen sind dem Weiterbewilligungsantrag beigelegt:

- Anlage WEP Anzahl _____ Anlage EKS Anzahl _____
- Anlage KI Anzahl _____ Anlage VM
- Anlage HG Anzahl _____ Anlage UH Anzahl _____
- Anlage VE Anzahl _____ Anlage UF Anzahl _____
- Anlage MEB Anzahl _____
- Anlage EK Anzahl _____
- EK-Bescheinigung Anzahl _____
- _____
- _____
- _____

Ich versichere, dass die Angaben zutreffend sind.

Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

_____ Ort/Datum	_____ Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller	_____ Ort/Datum	_____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller
--------------------	--	--------------------	---

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten: _____

_____ Ort/Datum	_____ Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller	_____ Ort/Datum	_____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller
--------------------	--	--------------------	---

Ist eine Betreuerin/ein Betreuer vom Vormundschaftsgericht bestellt? Ja Nein

Wenn ja, durch _____ AZ.: _____

Wirkung der Betreuung _____ Bitte Nachweise vorlegen.

_____ Ort/Datum	_____ Unterschrift Betreuerin/Betreuer
--------------------	---

