

# Antrag auf Weiterbewilligung der 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.  
Die Antragsformulare finden Sie auch im Internet unter [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de) unter der Rubrik "Formulare > Formulare für Bürgerinnen & Bürger > Arbeitslosengeld II".

Tag der Antragstellung bei WB	Dienststelle  Team	Ende des laufenden Bewilligungsabschnitts	Eingangsstempel
Hinweise für die Sachbearbeitung		Die Antragstellerin/der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch:	
<input type="checkbox"/> Antrag vollständig angenommen am _____ <input type="checkbox"/> Statistische Erfassung erfolgt am _____ <input type="checkbox"/> Arbeitsaufnahme am _____ <input type="checkbox"/> Anlage EK/Einkommensbesch. ausgehändigt <input type="checkbox"/> Erste Lohn-/Gehaltszahlung am _____ <input type="checkbox"/> sonstiges (z.B. Schulausbildung/Studium/Berufsausbildung) ab _____		<input type="checkbox"/> Bundespersonalausweis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> sonstiges Ausweispapier	
(Hz. Datum) _____		(Hz. Datum) _____	

Nummer der Bedarfsgemeinschaft \_\_\_\_\_

Familienname/ggf. Geburtsname, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum der Antragstellerin/des Antragstellers \_\_\_\_\_

**1. Personen der Bedarfsgemeinschaft/Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers**

**1a Angaben zu den 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 Einkommensverhältnissen (Abschnitt 4) 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 in den persönlichen Verhältnissen nach Abschnitt 2a bis e ergeben?  Ja  Nein

2a Änderung hinsichtlich des Familienstandes \_\_\_\_\_  
seit \_\_\_\_\_ ; Vorname/n \_\_\_\_\_

2b Schülerin/Schüler  
Beginn \_\_\_\_\_ ; Ende \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr); Vorname \_\_\_\_\_  
Beginn \_\_\_\_\_ ; Ende \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr); Vorname \_\_\_\_\_  
Legen Sie bitte bei Personen ab dem 15. Lebensjahr jeweils eine Schulbescheinigung vor.

2c Studentin/Student  
Beginn \_\_\_\_\_ ; Ende \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr); Vorname \_\_\_\_\_  
Beginn \_\_\_\_\_ ; Ende \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr); Vorname \_\_\_\_\_  
Legen Sie bitte jeweils eine Studienbescheinigung vor.

2d Berufliche Ausbildung  
Beginn \_\_\_\_\_ ; Ende \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr); Vorname \_\_\_\_\_  
Beginn \_\_\_\_\_ ; Ende \_\_\_\_\_ (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 ab 15 Jahren Änderungen hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit ergeben (erwerbsfähig ist, wer 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 f 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.
- 3f Besteht bei Ihnen bzw. bei Personen der Bedarfsgemeinschaft ein laufender besonderer Bedarf auf-  Ja  Nein  
grund eines besonderen Lebensumstands (z. B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei  
getrennt lebenden Eltern)? \*) Wenn ja, füllen sie bitte **Anlage BEBE** aus.

#### 4. Aktuelle Angaben zu den Einkommensverhältnissen

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

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  Ja  Nein  
Bedarfsgemeinschaft ergeben? \*)

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 UH1** 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 UH1** 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 UH2** 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 UH3** aus.

Antragsteller/in 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 UH4** für jeden Elternteil außerhalb des Haushaltes aus.

\*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen.

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.

7c Ein Mitglied der Bedarfsgemeinschaft hat Ansprüche gegen Dritte, z. B. vertragliche Zahlungsansprüche, vertragliche Schadensersatzforderungen, Ansprüche aus ungerechtfertigter Bereicherung (§§ 812 ff BGB), Pflichtteilsansprüche gegen Erben (§§ 2303 ff BGB), Rückforderungsansprüche aus Schenkungen (§ 528 Abs. 1 BGB), Ansprüche aus einem Übergabe- oder Altenteilsvertrag, Ansprüche aus einer betrieblichen Altersversorgung, nicht erfüllte vertraglich gesicherte Leibrentenzahlung (§§ 759 - 761 BGB).  
 Ja  Nein  
 Wenn ja, geben Sie bitte den zutreffenden Anspruch an und legen entsprechende Nachweise vor.

**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 beigefügt:

<input type="checkbox"/> Anlage WEP	Anzahl _____	<input type="checkbox"/> Anlage EK	Anzahl _____	<input type="checkbox"/> Anlage UH1	Anzahl _____
<input type="checkbox"/> Anlage KI	Anzahl _____	<input type="checkbox"/> EK-Bescheinigung	Anzahl _____	<input type="checkbox"/> Anlage UH2	Anzahl _____
<input type="checkbox"/> Anlage HG	Anzahl _____	<input type="checkbox"/> Anlage EKS	Anzahl _____	<input type="checkbox"/> Anlage UH3	Anzahl _____
<input type="checkbox"/> Anlage VE	Anzahl _____	<input type="checkbox"/> Anlage VM	Anzahl _____	<input type="checkbox"/> Anlage UH4	Anzahl _____
<input type="checkbox"/> Anlage MEB	Anzahl _____	<input type="checkbox"/> Anlage UF	Anzahl _____	<input type="checkbox"/> Anlage BEBE	Anzahl _____
<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	

**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 \_\_\_\_\_

**Kassenvermerke:**

<b>Festgestellt</b> (Hz. Datum) _____	<b>Angeordnet</b> (Hz. Datum) _____	<b>Ggf. Visaprüfung</b> (Hz. Datum) _____
--	--	--

# Anlage EK

## Einkommenserklärung zur Feststellung der Einkommensverhältnisse jeder in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Person (zu Abschnitt 4 des Hauptantrages)

Diese Anlage ist Bestandteil des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II. Füllen Sie diese Anlage bitte (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben für jede Person der Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren aus. Beachten Sie bitte auch die Ausfüllhinweise.

Dienststelle	Eingangsstempel
Team	

Nummer der Bedarfsgemeinschaft \_\_\_\_\_  
Familiename, Vorname  
der Antragstellerin/des Antragstellers \_\_\_\_\_

Angaben zu der weiteren Person der Bedarfsgemeinschaft, auf die sich die Angaben in dieser Einkommenserklärung beziehen:  
Familiename/ggf. Geburtsname, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### 1. Angaben zum Einkommen der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der zur Bedarfsgemeinschaft gehörenden weiteren Person

1a Erzielen Sie bzw. erzielt o. g. Person Arbeitsentgelt aus einer oder mehreren Beschäftigung/en?  Ja  Nein  
Wenn ja, bitte ggf. aktuelle auf der Lohnsteuerkarte eingetragene Steuerklasse angeben \_\_\_\_\_  
(Hinweis: Sie können vom Leistungsträger aufgefordert werden, eine für Sie günstigere Lohnsteuerklasse eintragen zu lassen.) Lassen Sie bitte die **Einkommensbescheinigung/en** vom/von den Arbeitgeber/n ausfüllen.  
Geben Sie bitte Namen und Firmensitz der/des Arbeitgeber/s an: \_\_\_\_\_

Wurde bzw. wird die Tätigkeit während der Schulferien (zwischen zwei Schuljahren) ausgeübt? \*)  Ja  Nein

1b Üben Sie bzw. übt o. g. Person eine selbständige Tätigkeit aus?  Ja  Nein  
Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage EKS** aus (die **Abschnitte 5 bis 7** dieser Anlage sind in diesem Fall nicht mehr auszufüllen).

1c Erhalten Sie bzw. erhält o. g. Person Arbeitslosengeld (Alg I) nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)?  Ja  Nein.  
Wenn ja, Bemessungsentgelt \_\_\_\_\_ Euro täglich Höhe \_\_\_\_\_ Euro täglich.  
(Legen Sie bitte den Bewilligungsbescheid Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit vor.)

1d Beziehen Sie bzw. bezieht o. g. Person Rente aus der gesetzlichen Sozialversicherung (z. B. Rente wegen Alters oder Knappschaftsausgleichsleistungen, Unfall-/Verletztenrente), Betriebsrenten oder Pensionen?  Ja  Nein  
Wenn ja, bitte Rentenart angeben \_\_\_\_\_ Höhe \_\_\_\_\_ Euro monatlich.  
(Legen Sie bitte eine Kopie des letzten Rentenbescheides vor.)

1e Erhalten Sie bzw. erhält o. g. Person Kindergeld?  Ja  Nein  
Wenn ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro monatlich (Kindergeld für Kinder unter 15 Jahren bitte in Abschnitt 4 angeben.)

1f Beziehen Sie bzw. bezieht o.g. Person

- Einkommen aus Vermietung/Untervermietung oder Verpachtung aus Land- und Forstwirtschaft?  Ja  Nein  
Wenn ja, Art der Leistung \_\_\_\_\_ Höhe \_\_\_\_\_ Euro monatlich.
- sonstige Entgeltersatzleistungen wie Übergangsgeld, Krankengeld usw.?  Ja  Nein  
Wenn ja, Art der Leistung \_\_\_\_\_ Höhe \_\_\_\_\_ Euro monatlich.
- Unterhaltszahlungen, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz oder Opferentschädigungsgesetz?  Ja  Nein  
Wenn ja, Art der Leistung \_\_\_\_\_ Höhe \_\_\_\_\_ Euro monatlich.
- Wohngeld, Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)?  Ja  Nein  
Wenn ja, Art der Leistung \_\_\_\_\_ Höhe \_\_\_\_\_ Euro monatlich.
- Sonstige laufende Einnahmen z. B. Elterngeld, Pflegegeld, Trinkgelder?  Ja  Nein  
Wenn ja, Art der Einnahmen \_\_\_\_\_ Höhe \_\_\_\_\_ Euro monatlich.

Legen Sie bitte den Bewilligungsbescheid bzw. sonstige entsprechende Nachweise vor.

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (vergleiche auch Kapitel 18 des Merkblattes). Nach § 60 Absatz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) hat derjenige, der Sozialleistungen beantragt oder erhält, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Hilfebedürftigkeit liegt nicht vor, wenn Sie über ausreichendes Einkommen oder Vermögen verfügen. Die Pflicht zur Erteilung von Auskünften betreffend Einkommen oder Vermögen der Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft ergibt sich aus § 60 SGB I.

1g Haben Sie bzw. hat o. g. Person Einkommen, das nicht regelmäßig erzielt wird (z. B. Steuerrück-  
erstattung, Insolvenzgeld, Zinsen, Kapitalerträge)? \*)  Ja  Nein

Einkommensart	Einkommenshöhe	Datum des Zuflusses
	Euro	

Legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

1h Haben Sie bzw. hat o. g. Person sonstige Einnahmen oder Einkommen in Form von Sachbezügen?  Ja  Nein  
Wenn ja, Art der Einnahmen \_\_\_\_\_ Höhe \_\_\_\_\_ Euro monatlich

**2. Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen \*)**

Haben Sie bzw. hat o. g. Person (eine) andere Leistung/en beantragt oder beabsichtigen Sie einen ent-  
sprechenden Antrag zu stellen?  Ja  Nein

Wenn ja,

Art der Leistung \_\_\_\_\_

Sozialleistungsträger \_\_\_\_\_

beantragt am \_\_\_\_\_ für die Zeit ab \_\_\_\_\_

**3. Ansprüche gegenüber Arbeitgeber**

Erheben Sie oder erhebt o. g. Person Ansprüche gegen den letzten Arbeitgeber für noch ausstehende  
Lohn- oder Gehaltszahlungen (z. B. bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder gegen  
einen ehemaligen Arbeitgeber für Zeiten nach dem Ausscheiden (z. B. bei noch ausstehenden Abfin-  
dungen)?  Ja  Nein

Wenn ja,

Anschrift des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Grund \_\_\_\_\_

Gericht/AZ \_\_\_\_\_

**4. Einkommen der Kinder unter 15 Jahren in Ihrer Bedarfsgemeinschaft**

4a Werden für Kinder unter 15 Jahren innerhalb der Bedarfsgemeinschaft Leistungen (z. B. Kindergeld,  
Waisenrente, Unfall-/Verletztenrente, Unterhaltszahlungen, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschuss-  
gesetz, Sozialhilfe nach dem SGB XII, Zinsen oder Kapitalerträge) gewährt?  Ja  Nein

Wenn ja, machen Sie bitte folgende Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum	Einkommensart	Einkommenshöhe
				Euro

Legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

4b Wurden für das Kind Sozialleistungen beantragt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wann und bei wem erfolgte die Beantragung? \_\_\_\_\_

\*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen.

## 5. Aufwendungen durch das Arbeitsverhältnis, die nicht vom Arbeitgeber oder Dritten erstattet werden

Die mit Erzielung des Einkommens aus unselbständiger Erwerbstätigkeit verbundenen notwendigen Ausgaben (Werbungskosten) werden pauschal berücksichtigt. Der Absetzungsbetrag entspricht monatlich einem Sechzigstel der steuerrechtlichen Werbungskostenpauschale. Entstehende Aufwendungen für die Fahrt zur Arbeitsstätte werden zusätzlich mit 0,20 Euro je Entfernungskilometer vom Einkommen abgesetzt. Entstehen höhere notwendige Ausgaben, müssen diese nachgewiesen werden.

5a Die kürzeste Straßenverbindung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte in \_\_\_\_\_ beträgt \_\_\_\_\_ km (einfache Entfernung). Diese Strecke wird regelmäßig an \_\_\_\_\_ Arbeitstagen je Woche zurückgelegt.

5b Entstehen Ihnen bzw. o. g. Person höhere Aufwendungen, z. B. für eine Monatskarte bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte erläutern

\_\_\_\_\_ Fügen Sie bitte entsprechende Nachweise bei.

5c Werden Zuschüsse zu den Fahrkosten von Dritten (Arbeitgeberzuschuss/Fahrkostenbeihilfe) gewährt?  Ja  Nein

Wenn ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro monatlich

Legen Sie bitte den Bewilligungsbescheid oder sonstige Nachweise vor.

5d Wurden Zuschüsse zu den Fahrkosten bei Dritten beantragt?  Ja  Nein

5e Haben Sie bzw. o. g. Person sonstige Aufwendungen durch das Arbeitsverhältnis (z. B. doppelte Haushaltsführung)?  Ja  Nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Art und die Höhe der Aufwendungen an.

(Sollten mehrere verschiedene Aufwendungen vorliegen, führen Sie bitte die einzelnen Posten auf einem gesonderten Blatt auf und tragen hier die Gesamtsumme ein.)

\_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

## 6. Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen (auch bei sonstigem Einkommen)

6a Zahlen Sie bzw. o. g. Person eine Kfz-Haftpflichtversicherung (ohne Teil-/Vollkasko)?  Ja  Nein

Wenn ja, in Höhe von  monatlich  1/4jährlich  1/2jährlich  jährlich \_\_\_\_\_ Euro

6b Zahlen Sie bzw. o. g. Person weitere gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen (z. B. Haftpflichtversicherung für bestimmte Berufsgruppen)?  Ja  Nein

Wenn ja, in Höhe von  monatlich  1/4jährlich  1/2jährlich  jährlich \_\_\_\_\_ Euro

6c Zahlen Sie bzw. o. g. Person geförderte Altersvorsorgebeiträge nach § 82 EStG (z. B. Beiträge zur "Riester-Rente" oder an einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder eine Direktversicherung zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung, Unfallrente)?  Ja  Nein

Wenn ja, in Höhe von  monatlich  1/4jährlich  1/2jährlich  jährlich \_\_\_\_\_ Euro

6d Zahlen Sie bzw. o. g. Person für die **gesetzliche** Krankenkasse einen Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V?  Ja  Nein

Wenn ja, in Höhe von  monatlich  1/4jährlich  1/2jährlich  jährlich \_\_\_\_\_ Euro

Legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

### Hinweis:

Für andere private Versicherungen, die nach Grund und Höhe angemessen sind und nicht zu den in Ziff. 6a - c genannten Versicherungen gehören (z. B. Haftpflicht, Hausrat), werden vom Einkommen monatlich **pauschal 30 Euro** abgesetzt. **Für diese Versicherungen brauchen Sie daher keine Nachweise vorzulegen.**

Wenn Sie in der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung nicht versicherungspflichtig sind, können Beiträge zur Vorsorge für den Fall der Krankheit, der Pflegebedürftigkeit und der Altersvorsorge vom Einkommen abgesetzt werden. Hierzu sind ggf. entsprechende Nachweise beizufügen.

## 7. Weitere Absetzungsmöglichkeiten

7a Hier können insbesondere Unterhaltsleistungen eingetragen werden, die ein Bezieher von Einkommen an unterhaltsberechtigte Personen außerhalb der Bedarfsgemeinschaft aufgrund eines Unterhaltstitels tatsächlich erbringt.

Name, Vorname des Unterhaltsberechtigten

\_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis

Höhe der Unterhaltsleistungen

\_\_\_\_\_ Euro monatlich

Bitte Unterhaltstitel (z. B. Urteil, gerichtliche Einigung, Unterhaltsurkunde) und Nachweis über tatsächlich erbrachte Unterhaltsleistungen vorlegen. \*)

7b Sonstige Absetzungsmöglichkeiten (z. B. Beiträge zur Arbeitsförderung bei freiwilliger Weiterversicherung oder Einkommen, dass bereits bei der Feststellung von Ansprüchen der Ausbildungsförderung angerechnet wurde):

Art der Absetzung

Höhe

\_\_\_\_\_ Euro monatlich

Legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

7c Entstehen Ihnen Mehraufwendungen für Verpflegung wegen einer täglichen Abwesenheit von mindestens 12 Stunden von Ihrer Wohnung bzw. Ihrem üblichen Beschäftigungsort, ohne dass eine doppelte Haushaltsführung vorliegt?  Ja  Nein

Falls ja, an wie vielen Arbeitstagen im Monat? \_\_\_\_\_ Tage

### Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Bei Änderungen der Einkommenshöhe oder der Aufwendungen einschließlich der Unterhaltsleistungen sind Sie verpflichtet, diese unverzüglich mitzuteilen und entsprechende Nachweise vorzulegen. Dies gilt insbesondere für Änderungen innerhalb des folgenden Bewilligungszeitraums, der in der Regel sechs Monate umfasst. Bei Änderungen in der Höhe des Arbeitsentgelts legen Sie bitte eine neue Einkommensbescheinigung Ihres Arbeitgebers vor. Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie 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.

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

\*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen

# Einkommensbescheinigung

## - Nachweis über die Höhe des Arbeitsentgelts -

### 1. Angaben zu den persönlichen Daten des Arbeitnehmers

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

Einzutragen ist das **laufende Arbeitsentgelt** des/der Genannten für den **letzten abgerechneten Monat** vor der Ausstellung dieser Bescheinigung einschließlich Überstundenvergütungen, Zuschlägen (z. B. Mehrarbeitszuschläge, Nachzuschläge, Auslöse) und Zulagen, des Wertes von Sachbezügen (z. B. Monatsticket für den öffentlichen Personennahverkehr). Im Falle von Kurzarbeit ist auch das Soll-Entgelt ohne den Arbeitsausfall zu bescheinigen.

**Hinweis:** Einnahmen (z. B. 13. Monatsgehalt, Weihnachtsgeld, zusätzliches Urlaubsgeld) sind unter Punkt 5 einzutragen.

### 2. Zeitraum der Bescheinigung

2a Letzter abgerechneter Monat (falls nicht vorgegeben)  Monat \_\_\_\_\_ 20\_\_

2b Bei Teilmonaten der genaue Zeitraum  vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 20\_\_

### 3. Angaben zum laufenden Arbeitsentgelt

3a Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlungen) \_\_\_\_\_ Euro

3b davon vermögenswirksame Leistungen \_\_\_\_\_ Euro

3c Liegt Sozialversicherungspflicht vor?  Ja  Nein

Wenn ja, sozialversicherungspflichtiges Entgelt \_\_\_\_\_ Euro

3d Abzüge (Steuern, Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung u. ä. - Beträge für freiwillige Versicherungen sind vom Arbeitnehmer gesondert nachzuweisen) \_\_\_\_\_ Euro

3e Maßgebliche Steuerklasse \_\_\_\_\_

3f Bei freiwillig Versicherten, Beitragszuschuss des Arbeitgebers zur Sozialversicherung \_\_\_\_\_ Euro

3g Nettoarbeitsentgelt (einschließlich des Beitragszuschusses bei freiwilliger Versicherung) \_\_\_\_\_ Euro

### 4. Weitere laufende Leistungen

Weitere laufende Leistungen (die nicht im Brutto- und Nettoarbeitsentgelt enthalten sind: z. B. Fahrkostenerstattung, Saison-Kurzarbeitergeld, Kurzarbeitergeld, Zuschüsse zum Krankengeld, vom Arbeitgeber gezahltes Kindergeld) \_\_\_\_\_ Euro

Art \_\_\_\_\_

### 5. Einmalzahlungen

Sind im oben bescheinigten Zeitraum Einmalzahlungen (z. B. 13. Monatsgehalt, Weihnachtsgeld, zusätzliches Urlaubsgeld) angefallen oder fallen diese in den kommenden 6 Monaten an?  Ja  Nein

Art der einmaligen Einnahmen	Fälligkeit	Bruttobetrag (sofern bereits abgerechnet)	Nettobetrag (sofern bereits abgerechnet)
		Euro	Euro
		Euro	Euro
		Euro	Euro

**6. Weitere Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

6a Die Auszahlung ist/war jeweils fällig am \_\_\_\_\_

des laufenden Monats     des Folgemonats

6b Das Einkommen ist monatlich gleich hoch

Ja     Nein

6c Die Beschäftigung wird ausgeübt seit \_\_\_\_\_ ggf. bis \_\_\_\_\_

6d Die tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ Stunden.

6e Gewährung von freier Verpflegung

Ja     Nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Mahlzeiten an

Frühstück             Mittagessen             Abendessen

**7. Feld für ergänzende Hinweise**

**8. Für Rückfragen und Schriftwechsel**

Ansprechpartner/in \_\_\_\_\_

Telefondurchwahl \_\_\_\_\_

Geschäftszeichen \_\_\_\_\_

Betriebsnummer des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Arbeitgebers oder seines Beauftragten

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift (Firmenstempel)