

| ANTRAG AUF LEISTUNGEN ZUR SICHERUNG DES LEBENSUNTERHALTES NACH DEM ZWEITEN BUCH SOZIALGESETZBUCH (SGB II) - Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende - | | Antragsteller/in hat sich ausgewiesen durch <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Sonstige Bemerkungen |
|---|------------------------|--|
| Landkreis Fulda, Der Kreisausschuss, Kommunales Kreisjobcenter Am Anger 4, 36088 Hünfeld Telefon-Zentrale: 0661/6006-1800 • E-Mail: KJC-Huenfeld@Landkreis-fulda.de • Internet: job-fulda.de Öffnungszeiten: Montag, Dienstag und Donnerstag: 07:45 – 12:00 Uhr und 13:00 – 15:00 Uhr Mittwoch und Freitag: 07:45 – 11:30 Uhr Sowie nach Terminvereinbarung! | | Handzeichen, Datum |
| Onlineversion | Beantragung ab: | |

Hinweise:

Es sind **alle Fragen** des Antrages zu beantworten. Falls Sie für Ihre Antworten mehr Platz benötigen, als im Formular vorgesehen ist, verwenden Sie bitte ein separates Blatt Papier und fügen Sie es dem Antrag bei.

Als Vertreter der Bedarfsgemeinschaft beantrage ich die Bewilligung von Leistungen nach dem SGB II für nachfolgend genannte Person/en:

| 1. Allgemeine Angaben des Antragstellers/der Antragstellerin | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|--------------------------------------|---|---------------|--|---|-------------|--|
| Person 1 | Name (evtl. Geburtsname), Vorname: | | | | | Geburtsdatum: | | | Geburtsort: | |
| Straße/Hausnummer: | | | | | Geschlecht: | | | ☎ Festnetz: | | |
| Postleitzahl/Wohnort: | | | | | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | | | ☎ Mobil: | | |
| Familienstand: | | | | | | | | @ Email: | | |
| <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgehobene Lebenspartnerschaft | | | | | | | | ☎ Die Angaben zu Telefonnummer und E-Mail-Adresse sind freiwillig | | |
| Staatsangehörigkeit: | | | | Art und Dauer des Aufenthaltstitels: | | | | | | |
| Nummer des Ausländerzentralregisters (AZR): | | | | | | | | | | |
| Name der Bank: | | | | BIC: | | | | | | |
| IBAN: | | | | | | | | | | |
| ☎ Die gültige BIC und IBAN finden Sie auf Ihren aktuellen Kontoauszügen oder Ihrer Bankkarte. | | | | | | | | | | |
| Kunden-Nummer der Agentur für Arbeit: | | | | | Krankenkasse (Regionalverband): | | | | | |
| Rentenversicherungsträger (DRV, Knappschaft): | | | | | Krankenversicherungsnummer: | | | | | |
| Sozial-/Rentenversicherungsnummer: | | | | | Art der Krankenversicherung: | | | <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Krankenversicherung | | |
| <input type="checkbox"/> wurde beantragt | | | | | | | | | | |
| Steuer-ID: | | | | | | | | | | |
| ☎ Diese finden Sie z.B. im Einkommenssteuerbescheid, auf der Lohnsteuerbescheinigung oder der Lohnabrechnung. | | | | | | | | | | |

1.1 Begründung des Antrages

☞ z.B. Arbeitsplatzverlust, Wegfall von Einnahmen (Arbeitslosengeld, Unterhalt, o.Ä.), Umzug, Trennung usw.

1.2 Haben Sie bereits früher Leistungen nach dem SGB II (Bürgergeld) oder SGB XII (Sozialhilfe) bezogen?

nein ja, von _____

(Behörde, Aktenzeichen und Zeitraum angeben)

☞ Wenn ja, bitte den Einstellungsbescheid vorlegen

1.3 Welche weiteren Personen gehören zur Bedarfsgemeinschaft?



☞ Zur Bedarfsgemeinschaft gehören: Ehegatten, Partner in Einstandsgemeinschaft, Lebenspartner nach dem LPartG, minderjährige Kinder (auch Stiefkinder), volljährige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres sowie Eltern/Elternteil eines Antragstellers, der das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.



Hinweis: Sofern volljährige Kinder, die das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben, in Ihrem Haushalt leben, müssen diese im Falle einer eigenen Hilfebedürftigkeit einen eigenen Antrag stellen!


| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Person 2 | Name (evtl. Geburtsname), Vorname: | Geburtsdatum: | Geburtsort: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Art und Dauer des Aufenthaltstitels: | Staatsangehörigkeit: | Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nummer des Ausländerzentralregisters (AZR): | | ☎ Mobil: @ Email: | ☞ Die Angaben zu Telefonnummer und E-Mail-Adresse sind freiwillig | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgehobene Lebenspartnerschaft | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kunden-Nummer der Agentur für Arbeit: | | Krankenkasse (Regionalverband): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rentenversicherungsträger (DRV, Knappschaft): | | Krankenversicherungsnummer: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sozial-/Rentenversicherungsnummer: <input type="checkbox"/> wurde beantragt | | Art der Kranken- versicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Krankenversicherung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Steuer-ID: (ab dem 18. Lj.) | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| Person 3 | Name (evtl. Geburtsname), Vorname: | Geburtsdatum: | Geburtsort: |
| Art und Dauer des Aufenthaltstitels: | | Staatsangehörigkeit: | Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |
| Nummer des Ausländerzentralregisters (AZR): | | Mobil: @ Email: | <small>☎ Die Angaben zu Telefonnummer und E-Mail-Adresse sind freiwillig</small> |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgehobene Lebenspartnerschaft | | | |
| Kunden-Nummer der Agentur für Arbeit: | | Krankenkasse (Regionalverband): | |
| Rentenversicherungsträger (DRV, Knappschaft): | | Krankenversicherungsnummer: | |
| Sozial-/Rentenversicherungsnummer: <input type="checkbox"/> wurde beantragt | | Art der Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Krankenversicherung | |
| Steuer-ID: (ab dem 18. Lj.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| Person 4 | Name (evtl. Geburtsname), Vorname: | Geburtsdatum: | Geburtsort: |
| Art und Dauer des Aufenthaltstitels: | | Staatsangehörigkeit: | Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |
| Nummer des Ausländerzentralregisters (AZR): | | Mobil: @ Email: | <small>☎ Die Angaben zu Telefonnummer und E-Mail-Adresse sind freiwillig</small> |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgehobene Lebenspartnerschaft | | | |
| Kunden-Nummer der Agentur für Arbeit: | | Krankenkasse (Regionalverband): | |
| Rentenversicherungsträger (DRV, Knappschaft): | | Krankenversicherungsnummer: | |
| Sozial-/Rentenversicherungsnummer: <input type="checkbox"/> wurde beantragt | | Art der Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Krankenversicherung | |
| Steuer-ID: (ab dem 18. Lj.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |

| | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|
| Person 5 | Name (evtl. Geburtsname), Vorname: | Geburtsdatum: | Geburtsort: |
| | Art und Dauer des Aufenthaltstitels: | Staatsangehörigkeit: | Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |
| Nummer des Ausländerzentralregisters (AZR): | | Mobil:  @ Email: |  Die Angaben zu Telefonnummer und E-Mail-Adresse sind freiwillig |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgehobene Lebenspartnerschaft | | | |
| Kunden-Nummer der Agentur für Arbeit: | | Krankenkasse (Regionalverband): | |
| Rentenversicherungsträger (DRV, Knappschaft): | | Krankenversicherungsnummer: | |
| Sozial-/Rentenversicherungsnummer: <input type="checkbox"/> wurde beantragt | | Art der Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Krankenversicherung | |
| Steuer-ID: (ab dem 18. Lj.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |

| | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|
| Person 6 | Name (evtl. Geburtsname), Vorname: | Geburtsdatum: | Geburtsort: |
| | Art und Dauer des Aufenthaltstitels: | Staatsangehörigkeit: | Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |
| Nummer des Ausländerzentralregisters (AZR): | | Mobil:  @ Email: |  Die Angaben zu Telefonnummer und E-Mail-Adresse sind freiwillig |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgehobene Lebenspartnerschaft | | | |
| Kunden-Nummer der Agentur für Arbeit: | | Krankenkasse (Regionalverband): | |
| Rentenversicherungsträger (DRV, Knappschaft): | | Krankenversicherungsnummer: | |
| Sozial-/Rentenversicherungsnummer: <input type="checkbox"/> wurde beantragt | | Art der Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Krankenversicherung | |
| Steuer-ID: (ab dem 18. Lj.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |

 Weitere Personen der Bedarfsgemeinschaft bitte auf einem gesonderten Beiblatt aufführen.

3. Einkommensverhältnisse

3.1 Haben Sie oder ein weiteres Mitglied der Bedarfsgemeinschaft laufendes Einkommen?

| | | | |
|---|---|--------------|----------|
| Arbeitslohn/Gehalt (auch Aushilfstätigkeit, Minijob) ☞ Hierzu bitte vorlegen: <u>Verdienstnachweis/e</u> über das Nettoeinkommen der letzten 3 Monate sowie Urlaubs- und Weihnachtsgeld oder ähnliche / sonstige Zuwendungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| | | Person/Name: | Betrag € |
| | | Person/Name: | Betrag € |
| Einkommen aus selbständiger/freiberuflicher Tätigkeit ☞ Hierzu bitte vorlegen: <u>Einkommensteuerbescheid/e</u> und Bilanzen inkl. Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) der abgeschlossenen letzten 2 Jahre sowie das Zusatzblatt „Erklärung Selbständigkeit Selbsteinschätzung“ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Arbeitslosengeld (Agentur für Arbeit) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Krankengeld | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Übergangsgeld | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Berufsausbildungsbeihilfe (BAB) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Ausbildungsgeld (Agentur für Arbeit) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Rente (Alters-, Witwen/r-, Halb-, Waisen-, Erziehungsrente) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Rente wegen Erwerbsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Unfallrente/Berufsunfähigkeitsrente | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Ausländische Rente (Rente aus dem Herkunftsland) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Kindergeld | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Kinderzuschlag | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Unterhalt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Unterhaltsvorschussleistungen (UVG) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Mutterschaftsgeld | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Elterngeld | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Pflegegeld | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |

| | | | |
|--|---|-------------------------------------|----------|
| Wohngeld | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Leistungen nach dem SGB XII – Sozialhilfe / Grundsicherung im Alter – (durch das Sozialamt) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Leistungen nach § 93 SGB XIV (Soziales Entschädigungsrecht) aufgrund eines erlittenen gesundheitlichen Schadens – (durch den LWV Hessen) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| Einkommen/Einnahmen im oder aus dem Ausland/Ihrem Herkunftsland | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: Art des Einkommens: | Betrag € |
| Sonstiges Einkommen (z.B. aus Verkäufen über eBay) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Person/Name: | Betrag € |
| ☞ Wichtig: Bitte zu <u>allen</u> Einkommensarten Nachweise vorlegen. Wenn Sie eine der Einkommensarten beantragt haben und diese noch nicht laufend erhalten, teilen Sie bitte mit, dass und ab wann Sie diese beantragt haben. | | | |

3.2 Sonstige bestehende Ansprüche ☞ Bitte Nachweise beifügen

Haben Sie derzeit Anträge auf Sozialleistungen gestellt, über die noch nicht entschieden wurde?
(z.B. Arbeitslosengeld, Elterngeld, Kindergeld, Rentenleistungen, Insolvenzgeld, usw.)

Nein Ja, folgende Art der Leistung: _____
Behörde und Aktenzeichen: _____

Haben Sie derzeit einen Antrag auf Einkommenssteuererstattung beim Finanzamt gestellt, über den noch nicht entschieden wurde?

Nein Ja Zuständiges Finanzamt: _____

Bestehen noch Ansprüche auf Arbeitslohn gegenüber Ihrem Arbeitgeber, welche Sie gerichtlich geltend machen bzw. geltend gemacht haben?

Nein Ja Zuständiges Arbeitsgericht: _____
Aktenzeichen: _____

Bestehen sonstige Ansprüche, die noch geltend gemacht werden können?

☞ (z.B. aus Unfall-, Lebens-, Haftpflichtversicherungen, Erbansprüche, Übergabevertrag, Schadensersatz, Zugewinnausgleich, bestehendes Wohnrecht/Nießbrauchrecht, Beteiligungen an Personen- oder Kapitalgesellschaften, usw.)

Nein Ja, und zwar _____

3.3. Aufwendungen für Versicherungen

☞ Hinweis: keine vermögensbildenden Versicherungen (wie z.B. Lebensversicherung, Rentenversicherung)

| Art der Versicherung | Versicherungsträger | Versicherungsnummer |
|--|---------------------|---------------------|
| Hausratversicherung | | |
| Haftpflichtversicherung | | |
| Unfallversicherung | | |
| Berufsunfähigkeitsversicherung | | |
| Kfz-Haftpflichtversicherung (ohne Teil-/Vollkasko) | | |
| Sonstige: _____ | | |

☞ Bitte legen Sie jeweils den Versicherungsschein und die aktuelle Beitragsrechnung vor.

3.4 Berufsbedingte Aufwendungen

| | | |
|---|---|---|
| | Person/Name _____ | Person/Name _____ |
| | Anschrift des Arbeitgebers: _____ | Anschrift des Arbeitgebers: _____ |
| Fahrtkosten zur Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> eigener Pkw. <input type="checkbox"/> sonstiges: | Fahrtkosten _____ € <i>einfache</i> Fahrstrecke zum Arbeitsplatz _____ km Arbeitstage/Woche: | Fahrtkosten _____ € <i>einfache</i> Fahrstrecke zum Arbeitsplatz _____ km Arbeitstage/Woche: |
| Arbeitsmittel: | | |
| Sonstiges: | | |

4. Vermögensverhältnisse

4.1 Erklärung zum vorhandenen Vermögen

Grundsätzlich werden die Leistungen nach dem SGB II nur gewährt, wenn bestimmte Vermögenswerte des Antragstellers und der ggf. mit ihm zusammenlebenden Personen nicht überschritten werden. Die Vermögensgrenzen sind § 12 Abs. 1 und 2 SGB II zu entnehmen.

Innerhalb des ersten Jahres des Leistungsbezuges wird Vermögen nur dann berücksichtigt, wenn es **erheblich** ist (sogenannte Karenzzeit; § 12 Abs. 3 SGB II). Die Karenzzeit beginnt mit dem Monat, für den erstmals Leistungen nach dem SGB II bezogen werden. Eine Verlängerung der Karenzzeit ist in den Fällen möglich, in denen der Leistungsbezug für einzelne Monate unterbrochen wird. Sie verlängert sich sodann jeweils um den Unterbrechungszeitraum. Eine neue Karenzzeit beginnt, wenn zuvor mindestens drei Jahre keine Leistungen nach dem SGB II / SGB XII bezogen wurden.

Ihr Vermögen (z.B. Girokonten, Sparbücher, Schmuck, Aktien, Lebensversicherungen) ist **erheblich**, wenn es die nachfolgenden Beträge übersteigt:

- 40.000 Euro für den Antragsteller/die Antragstellerin sowie
- 15.000 Euro für jede weitere Person in der Bedarfsgemeinschaft.

Hierbei generell **nicht zu berücksichtigen** sind selbst genutztes Wohneigentum, Betriebsvermögen (bei Selbstständigkeit) und Versicherungsverträge, die für die Altersvorsorge bestimmte sind (z.B. Riester).

Erklärung:

Die vorgemachten Ausführungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre hiermit, dass ich und die ggf. mit mir zusammenlebenden Personen meiner Bedarfsgemeinschaft über

- keine erheblichen Vermögenswerte verfüge/n**,
die mir/uns zur Sicherstellung meines/unseres Lebensunterhalts zur Verfügung stehen. ←

Hinweis:

Sofern Sie über keine erheblichen Vermögenswerte verfügen, sind Sie dennoch gem. § 12 Abs. 4 Satz 4 SGB II verpflichtet, eine ausgefüllte Selbstauskunft zu Ihren Vermögenswerten einzureichen. Bitte verwenden Sie hierfür die beigelegte „Erklärung zum vorhandenen Vermögen“ (S. 15-17). Zu den gemachten Angaben können bei Bedarf Nachweise angefordert werden.

- erhebliche Vermögenswerte verfüge/n**,
die mir/uns zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes zur Verfügung stehen. ←

Hinweis:

Sofern Sie über erhebliches Vermögen verfügen, müssen wir eine detaillierte Vermögensprüfung durchführen. Hierfür benötigen wir konkrete Angaben und aktuelle Unterlagen zu allen vorhandenen Vermögenswerten. Bitte füllen Sie daher die „Erklärung zum vorhandenen Vermögen“ (S. 15-17) aus und reichen Sie Nachweise über den jeweils aktuellen Stand der genannten Vermögenswerte (z. B. Wertpapiere, Sparbücher, Lebensversicherungen, etc.) ein. Inwieweit bei erheblichem Vermögen ein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II besteht, muss im Einzelfall beurteilt werden.

☞ **Wichtig:** Bitte legen Sie uns - unabhängig von Ihrer Erklärung zum vorhandenen Vermögen - die Kontoauszüge der letzten 3 Monate aller vorhandenen Girokonten der zur Bedarfsgemeinschaft gehörenden Personen (= alle unter 1.3 aufgeführten Personen) vor.

4.2 Wurde in den letzten 10 Jahren Vermögen (Grundbesitz, Wertpapiere, Geldvermögen) verkauft, verschenkt oder übergeben?

Nein Ja, und zwar _____

☞ Wenn ja, bitte Nachweise vorlegen.

5. Angaben zur Erwerbsfähigkeit und zum Werdegang

5.1 Sind Sie und die unter Punkt 1.3 aufgeführten Personen, die älter als 14 Jahre sind, erwerbsfähig?

☞ falls Einschränkungen aufgrund Krankheit oder Behinderung bestehen, bitte Nachweise vorlegen

| | |
|--|--|
| Name: | Name: |
| <input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) | <input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkt wg. Krankheit/Behinderung (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) | <input type="checkbox"/> eingeschränkt wg. Krankheit/Behinderung (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) |
| <input type="checkbox"/> nein (kann wg. Krankheit/Behinderung nicht tgl. 3 Stunden arbeiten) | <input type="checkbox"/> nein (kann wg. Krankheit/Behinderung nicht tgl. 3 Stunden arbeiten) |

| | |
|--|--|
| Name: | Name: |
| <input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) | <input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkt wg. Krankheit/Behinderung (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) | <input type="checkbox"/> eingeschränkt wg. Krankheit/Behinderung (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) |
| <input type="checkbox"/> nein , (kann wg. Krankheit/Behinderung nicht tgl. 3 Stunden arbeiten) | <input type="checkbox"/> nein , (kann wg. Krankheit/Behinderung nicht tgl. 3 Stunden arbeiten) |

☞ für weitere Personen bitte separates Blatt verwenden

5.2 Liegt eine anerkannte Schwerbehinderung oder eine Gleichstellung vor?

nein ja ☞ bitte Schwerbehindertenbescheid/Gleichstellungsbescheid vorlegen

| | |
|---------------------|---|
| Name/Person: | Grad der Minderung in % <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis: |
| Art der Schädigung: | Merkzeichen "G" vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

5.3 Bestanden für Sie oder die in Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen in den letzten 2 Jahren sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse?

nein ja ☞ evtl. auf gesondertem Beiblatt aufführen, wenn der Platz nicht ausreicht.

| Name/Person | von - bis | Arbeitgeber | Tätigkeit | Beendigungsgründe |
|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |

5.4 Befinden Sie sich oder die in Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen derzeit in Schulausbildung/einem Ausbildungsverhältnis oder Studium

nein ja ☞ evtl. auf gesondertem Beiblatt aufführen, wenn der Platz nicht ausreicht.

| Name/Person | von - bis | Schule/Ausbildungsbetrieb/Hochschule oder Universität |
|-------------|-----------|---|
| | | |
| | | |

5.5 Haben Sie oder die in Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen eine abgeschlossene Berufsausbildung oder einen Studienabschluss?

nein ja ☞ evtl. auf gesondertem Beiblatt aufführen, wenn der Platz nicht ausreicht.

| Name/Person | Berufsabschluss/Jahr | Studienabschluss/Jahr |
|-------------|----------------------|-----------------------|
| | | |
| | | |

| 6. Prüfung von Mehrbedarfsansprüchen | |
|---|---------------------------------------|
| Es wird ein Mehrbedarf geltend gemacht, aufgrund einer | Name/Person |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (bitte Nachweis zum Entbindungstermin vorlegen) | |
| <input type="checkbox"/> Dezentralen Warmwasserversorgung (z.B. Durchlauferhitzer, Boiler) | -- (für die aktuell bewohnte Wohnung) |
| <input type="checkbox"/> Kostenaufwändigen Ernährung aus medizinischen Gründen | |
| <input type="checkbox"/> Vorliegenden Behinderung, wenn zudem eine der folgenden Leistungen gewährt wird (bitte Bewilligungsbescheid vorlegen): <ul style="list-style-type: none"> - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 SGB IX <u>oder</u> - sonstiger Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes <u>oder</u> - Eingliederungshilfen nach § 112 SGB IX | |

| 7. Prüfung von Leistungen zur Bildung und Teilhabe für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene | |
|--|-------------|
| Leistungsart | Name/Person |
| <input type="checkbox"/> Mittagsverpflegung, eintägige Ausflüge von Schule oder Kita | |
| <input type="checkbox"/> Freizeitaktivitäten (z.B. Mitgliedsbeiträge Verein, Musikunterricht, Ferienfreizeiten -> bitte <u>Nachweise</u> beifügen) | |
| <p>☞ Für die einzelnen Leistungsarten werden zum Teil weitere Angaben/Nachweise benötigt. Bitte verwenden Sie hierfür das vorgesehene <u>Beiblatt</u>. Für Leistungen zur <u>Lernförderung</u> und zu den <u>Schülerbeförderungskosten</u> gibt es zusätzliche Vordrucke, die von der Schule ausgefüllt werden müssen.</p> <p>☞ Sie finden die erforderlichen Vordrucke auf der Internetseite des Kreisjobcenters (job-fulde.de): Informationen für Arbeitsuchende, Bildung und Teilhabe, Erforderliche Unterlagen. Alternativ erhalten Sie diese auch in der Servicestelle des Kreisjobcenters und in der Außenstelle Hünfeld.</p> | |



| 8. Unterhaltsansprüche | | | | | |
|---|------|--------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------|
| 8.1 <u>Außerhalb</u> des Haushaltes lebende Unterhaltspflichtige: | | | | | |
| ☞ getr. lebender/geschiedener Ehegatte, getr. lebender Lebenspartner nach dem LPartG, Kinder, Eltern, Vater/Mutter eines (nicht-) ehelichen Kindes etc. | | | | | |
| 1 | Name | Geburtsdatum | Familienstand | Verwandtschafts- verhältnis | Anschrift |
| | | | | | |
| Arbeitgeber/Sozialleistungsträger | | | Art und Höhe des Einkommens | | Krankenkasse |
| | | | | | |
| 2 | Name | Geburtsdatum | Familienstand | Verwandtschafts- verhältnis | Anschrift |
| | | | | | |
| Arbeitgeber/Sozialleistungsträger | | | Art und Höhe des Einkommens | | Krankenkasse |
| | | | | | |
| 3 | Name | Geburtsdatum | Familienstand | Verwandtschafts- verhältnis | Anschrift |
| | | | | | |
| Arbeitgeber/Sozialleistungsträger | | | Art und Höhe des Einkommens | | Krankenkasse |
| | | | | | |

8.2 Nur für Unterhaltsansprüche bei getrennt lebenden bzw. geschiedenen Eheleuten

verheiratet seit _____ getrennt lebend seit _____ geschieden seit _____
Datum, Az., Name des Gerichts

Bestehen vertragliche Regelungen zum Unterhalt? nein ja

Bestehen anderweitige Unterhaltsansprüche? nein ja

Welche gemeinsamen Vermögenswerte (z. B. Haus- und Grundbesitz, Sparbuch, Wertpapiere, Bausparvertrag, Lebensversicherung, Forderungen gegen Dritte) sind vorhanden?

Wurde ein Rechtsanwalt mit der Durchsetzung der Unterhaltsansprüche beauftragt?

nein ja _____
Name, Anschrift

Wurde Unterhaltsklage eingereicht?

nein ja, das Verfahren läuft noch ja, das Verfahren ist bereits abgeschlossen

Die Unterhaltsregelung erfolgte durch

Urteil gerichtlichen Vergleich notariellen Vertrag freie Vereinbarung Verzicht

☞ bitte Unterlagen vorlegen, ebenso laufenden Schriftverkehr und ggf. Scheidungs-/Unterhaltsurteil

8.3 Nur für Unterhaltsansprüche von nichtehelichen Kindern

Besteht eine Urkunde vom Jugendamt zur Vaterschaftsfeststellung und/oder zur Unterhaltsfestsetzung bzw. liegt der Beschluss eines Gerichtes zur Vaterschaftsfeststellung und/oder zur Unterhaltsfestsetzung vor? nein ja

Besteht eine **Beistandschaft** beim **Jugendamt** des Landkreises oder der Stadt Fulda? nein ja

☞ Wenn ja, bitte entsprechende Unterlagen vorlegen

9. Wurde für Sie oder ein Mitglied der Bedarfsgemeinschaft ein gesetzlicher Betreuer bestellt?

nein ja

Name und Anschrift des Betreuers:

Gericht und Aktenzeichen:

Die Betreuung erfolgt für folgende Lebensbereiche:

☞ Bitte legen Sie den Betreuerausweis vor

10. Stehen Änderungen in den persönlichen/wirtschaftlichen Verhältnissen bevor?

z.B. Umzug, Arbeitsaufnahme, Rentenbeantragung, Ortsabwesenheit, Schwangerschaft, Aufenthalt in einer stationären Einrichtung/Rehainrichtung o.ä.

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

z.B. an gerichtlich bestellten Betreuer etc. (Zu- und Vorname, Anschrift)

☞ Bitte legen Sie eine Vollmacht bzw. den Betreuerausweis vor

Das Merkblatt zum „**Datenschutz**“ (S. 18 – 21) habe ich erhalten.



Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller(in)/Vertreter(in)

♣ **Prüfen Sie bitte, ob Sie den Antrag vollständig ausgefüllt und unterschrieben haben.**

♣ **Haben Sie alle Ja Nein Fragen beantwortet?**

♣ **Sind alle notwendigen Unterlagen beigelegt?**

Nur vollständig **ausgefüllte** und **unterschriebene Anträge** können bearbeitet werden.
Vermeidbare Rückfragen und Antragsrücksendungen **verlängern die Bearbeitungszeit.**

BELEHRUNG ÜBER MITWIRKUNGSPFLICHTEN UND RECHTSFOLGEN

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat im Rahmen seiner Möglichkeiten gemäß §§ 60 ff SGB I an der Feststellung seines geltend gemachten Bedarfs **mitzuwirken**. Dazu gehört u.a., dass Sie alle Tatsachen aus Ihrem **persönlichen und finanziellen Bereich**, sowie alle **Änderungen bereits mitgeteilter Tatsachen** unaufgefordert und unverzüglich der Sozialbehörde **mitzuteilen** haben. Diese **Mitwirkungspflicht** bezieht sich auch auf **alle weiteren Haushaltsangehörigen**.

Mitzuteilen ist / sind insbesondere:

- Aufnahme bzw. Beendigung einer **Arbeit/Erwerbstätigkeit** (auch geringfügige Beschäftigungen bzw. "Mini-Jobs")
- Beginn bzw. Beendigung einer **Ausbildung/Fortbildung/Umschulung**
- Änderungen in den **Einkommens- und Vermögensverhältnissen**
- Gewährung anderer Leistungen (**z.B. Arbeitslosengeld, Wohngeld, Unterhaltsvorschuss**)
- Abschluss/Besitz/Auszahlung von **Lebensversicherung** und **Bausparvertrag** oder **sonstiger Vermögensanlagen**
- Geltendmachung von **Ansprüchen gegen Dritte** (**z.B. Unterhalt, Beantragung von Rente**)
- jeder **Wohnungswechsel/Zuzug** oder **Wegzug** eines Haushaltsangehörigen
- jede längere Abwesenheit (z.B. durch Kur, Krankenhausaufenthalt)
- der Besitz, Erwerb bzw. die Veräußerung eines **Kfz**
- Änderung des Familienstandes (**z.B. Heirat, Scheidung**)
- Veränderungen beim **Aufenthaltstitel** (z.B. Verlängerungen, Erhalt eines neuen Aufenthaltstitels)
- **Schwangerschaft bzw. Geburt** eines Kindes

Sie sind verpflichtet, auf Verlangen der Sozialbehörde **Beweismittel**, die zur Feststellung Ihres gelten gemachten Bedarfes notwendig sind, näher zu bezeichnen, **vorzulegen** oder der Vorlage/Übersendung durch Dritte zuzustimmen.

Wenn Sie als Hilfesuchender oder -empfänger von Sozialleistungen Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, oder durch fehlende oder unzureichende Mitwirkung die Aufklärung oder Feststellung des Sachverhaltes erheblich erschweren, kann die Sozialbehörde die Zahlung von Leistungen ganz oder teilweise **ablehnen**, oder die bereits zugesagte Hilfe **entziehen**.

Ein Bewilligungsbescheid, der auf von Ihnen gemachten **falschen oder unvollständigen Angaben** beruht, ist **rechtswidrig**. Überzahlte Leistungen werden nach Rücknahme des Bescheides von Ihnen **zurückgefordert**. Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben ist gem. § 263 Strafgesetzbuch (StGB) eine strafrechtliche Verfolgung wegen **Betruges** möglich.

Durch die Unterschriften auf der Seite 12 dieses Antrages sowie der dazugehörigen Erklärung (Vermögen) auf der Seite 17 wird die Kenntnisnahme der Mitwirkungspflichten und Rechtsfolgen bescheinigt.

ALLGEMEINE HINWEISE

Welche Leistungen werden durch das SGB II abgedeckt und wer erhält diese?

Bestandteil der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II sind einerseits Leistungen zur Eingliederung in Arbeit und andererseits Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes.

Die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes, setzen sich aus Regelbedarfen, ggf. Mehrbedarfen, Kosten der Unterkunft und Heizkosten in angemessenem Umfang zusammen. Die Regelbedarfe umfassen insbesondere Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Bedarfe des täglichen Lebens sowie in vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und zur Teilnahme am kulturellen Leben. Gesonderte zusätzliche Leistungen kommen nur unter bestimmten Voraussetzungen und nur in wenigen, im Gesetz beschriebenen Bedarfssituationen in Betracht (z. B. Erstausrüstung für die Wohnung bei erstmalige Gründung eines eigenen Hausstandes, Erstausrüstung an Bekleidung).

Berechtigt zum Bezug dieser Leistung sind erwerbsfähige, hilfebedürftige Personen im Alter zwischen 15 Jahren und der gesetzlichen Altersgrenze sowie ggf. die mit ihnen zusammenlebenden Personen (Bedarfsgemeinschaft). Hilfebedürftig ist, wer seinen und den Lebensunterhalt der mit ihm zusammenlebenden Personen weder durch die Aufnahme einer zumutbaren Arbeit und den Einsatz von Einkommen oder Vermögen noch mit Hilfe anderer, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, sichern kann. Als mit dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zusammenlebende Personen werden der Partner (nicht dauernd getrennt lebender Ehegatte oder Lebenspartner bzw. die mit ihm in eheähnlicher Gemeinschaft lebende Person), minderjährige, unverheiratete und bedürftige Kinder sowie volljährige und bedürftige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres berücksichtigt.

Wie erhalte ich die Leistungen?

Die Leistungen nach dem SGB II werden auf Antrag, ab dem ersten Tag des Monats der Antragstellung, erbracht. Sie werden nicht für Zeiten vor der Antragsstellung erbracht (betrifft auch die Leistungen der Eingliederung).

Zumutbarkeit von Arbeit

Als Empfänger von Leistungen sind Sie durch Gesetz verpflichtet, jede zumutbare Arbeit anzunehmen, zu der Sie geistig, seelisch und körperlich in der Lage sind (es sei denn, die Erziehung eines unter drei jährigen Kindes oder die Pflege eines Angehörigen hindern Sie).

Pflichtverletzungen, für die Sie keinen wichtigen Grund anführen können, haben empfindliche finanzielle Folgen. So kann z. B. für den, der eine ihm angebotene zumutbare Erwerbstätigkeit ablehnt oder keine eigenen Anstrengungen unternimmt, Arbeit zu finden, die Leistungen entsprechend der gesetzlichen Regelung für einzelne Monate des Leistungsbezugs gekürzt werden.

Leistungsmissbrauch

Sollten Sie unvollständige bzw. falsche Angaben machen oder Änderungen nicht bzw. nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie gegebenenfalls zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückerstatten. Leistungsmissbrauch wird u.a. mit modernen Methoden der Elektronischen Datenverarbeitung auch in übergreifender Zusammenarbeit mit anderen Behörden und Trägern – aufgedeckt und mit Nachdruck verfolgt und geahndet, um die Gemeinschaft der Steuerzahler zu schützen.

Erklärung zum vorhandenen Vermögen gem. § 12 Abs. 4 SGB II
- zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB II -

| 1. Persönliche Daten des Antragstellers/der Antragstellerin (Vertreter der Bedarfsgemeinschaft) | | | |
|---|------------------------------------|---------------|-------------------------------|
| Person 1 | Name (evtl. Geburtsname), Vorname: | Geburtsdatum: | Aktenzeichen (soweit bekannt) |

Bitte geben Sie die Vermögenswerte aller Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft an!

Dabei sind **alle Fragen mit ja/nein zu beantworten und vollständige Angaben zu machen**. Falls Sie für Ihre Angaben mehr Platz benötigen, als im Formular vorgesehen ist, verwenden Sie bitte ein separates Blatt Papier und fügen Sie es dieser Erklärung bei.

| 2. Folgende Vermögenswerte sind vorhanden | | | |
|---|--------------|--|-------------------|
| Bitte beachten Sie bei Ihren Angaben folgendes: | | | |
| ☞ es sind alle vorhandenen Konten aller Personen im Antrag aufzuführen | | | |
| ☞ die Angaben beziehen sich sowohl auf Vermögenswerte im Inland, als auch auf Vermögenswerte im Ausland (z.B. Ihrem Herkunftsland). | | | |
| ➤ Girokonten* / Sparkonten / Tagesgeld (*bitte tragen Sie auch das Konto ein, auf das Ihnen die SGB II-Leistungen überwiesen werden sollen) | | | |
| <input type="checkbox"/> nein, es sind keine Konten vorhanden | | | |
| <input type="checkbox"/> ja, es sind folgende Konten vorhanden: | | | |
| Name des Kontoinhabers | | | Kontostand |
| | Name d. Bank | | |
| | IBAN | | |
| Name des Kontoinhabers | | | Kontostand |
| | Name d. Bank | | |
| | IBAN | | |
| Name des Kontoinhabers | | | Kontostand |
| | Name d. Bank | | |
| | IBAN | | |
| Name des Kontoinhabers | | | Kontostand |
| | Name d. Bank | | |
| | IBAN | | |
| Name des Kontoinhabers | | | Kontostand |
| | Name d. Bank | | |
| | IBAN | | |

| Art des Vermögens | Name des Inhabers | Nähere Bezeichnung | Aktueller Stand |
|---|--|--|------------------|
| ➤ Barvermögen | | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| ➤ Kryptowährung (z. B. Bitcoin) | | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| ➤ PayPal-Konten | | E-Mail-Adresse | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| ➤ Fondsanteile | | Vertragsnummer/Institut | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| ➤ Wertpapiere/Aktien, Sparbriefe | | Vertragsnummer/Institut | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| ➤ Vermögenswirksame Leistungen | | Vertragsnummer/Institut | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| ➤ Bausparverträge | | Vertragsnummer/Bausparkasse | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| ➤ Lebensversicherungen | | Vertragsnummer/Institut | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Ist die Lebensversicherung zur Alterssicherung bestimmt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Ende der Versicherungsdauer gem. Vertragsunterlagen: _____ | | |
| ➤ Private Rentenversicherungen/ Versicherungen, zur Alterssicherung (z.B. Riester Rente) | | Vertragsnummer/Institut | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| ➤ Haus- und Grundbesitz | Eigentümer | Land/Größe/ Grundbuch/Flur/Flurstück/ | Baujahr/ Nutzung |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> unbebaute Grundstücke <input type="checkbox"/> land-/forstwirtschaftliche Flächen <input type="checkbox"/> sonstiger Grundbesitz | | | |
| ➤ sonstiges Vermögen | | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgendes Vermögen ist vorhanden | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| Name des Inhabers: _____ | | | |
| Haben Sie Zugriff, bzw. besitzen Sie eine Verfügungsberechtigung auf Girokonten, Sparkonten oder sonstige Vermögenswerte Dritter <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Name des Konto-/ Vermögeninhabers | IBAN und Institut | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Selbständige Tätigkeit | |
| Wird oder wurde von Ihnen oder einer weiteren Person Ihrer Bedarfsgemeinschaft eine selbständige oder freiberufliche Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Name der Person | Anzahl der Jahre, in denen eine selbständige Tätigkeit insgesamt hauptberuflich ausgeübt wurde: |

| | | | |
|--|--|-------------------|--|
| Sind in dem Haushalt Kraftfahrzeuge (☞ Auto, Motorrad, Roller) vorhanden oder werden Ihnen diese von einem Dritten zum Gebrauch überlassen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Wenn ja: | | | |
| Name des Halters: | | Kennzeichen: | |
| Fahrzeugtyp: | | Baujahr: | |
| Kilometerstand: | | Geschätzter Wert: | |
| Wenn ja: | | | |
| Name des Halters: | | Kennzeichen: | |
| Fahrzeugtyp: | | Baujahr: | |
| Kilometerstand: | | Geschätzter Wert: | |
| Wenn ja: | | | |
| Name des Halters: | | Kennzeichen: | |
| Fahrzeugtyp: | | Baujahr: | |
| Kilometerstand: | | Geschätzter Wert: | |

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffen, vollständig und richtig sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die – aufgrund meines Antrages – dem Kreisjobcenter Fulda vorliegenden Daten und Unterlagen, zur Leistungsberechnung nach dem SGB II verwendet werden dürfen. Mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten bin ich einverstanden.

Auf die Verpflichtung zur Mitteilung aller für die Leistungsgewährung erforderlichen Änderungen (Mitwirkungspflichten nach §§ 60 – 67 SGB I) wurde ich im Rahmen der Antragsstellung (S. 14) hingewiesen.

Hinweis:
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).

| | |
|-----------|--|
| _____ | _____ |
| Ort/Datum | Unterschrift Antragsteller(in) |
| _____ | _____ |
| Ort/Datum | Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte(in) / gesetzlicher Vertreter/in (falls Antragsteller minderjährig) |
| _____ | _____ |
| Ort/Datum | Unterschrift volljährige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres |
| _____ | _____ |
| Ort/Datum | Unterschrift volljährige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres |

☞ **Haben Sie alle Fragen mit Ja oder Nein beantwortet?**
☞ **Prüfen Sie bitte, ob Sie alle Angaben gemacht und die Erklärung unterschrieben haben.**
Nur wenn die Erklärung vollständig **ausgefüllt** und **unterschrieben** ist, kann Ihr Antrag bearbeitet werden. Vermeidbare Rückfragen und Rücksendungen verlängern die Bearbeitungszeit!

Datenschutzhinweise

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 13 und 14 DSGVO für den SGB II - Bereich

Dieses Merkblatt dient zur Information, wie das Kreisjobcenter Fulda mit personenbezogenen Daten seiner Kundinnen und Kunden umgeht.

Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere nach den Regelungen der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (DSGVO) und der Sozialgesetzbücher.

1. Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie des/der Datenschutzbeauftragten

Verantwortlicher:
Landkreis Fulda
Der Kreisausschuss
vertreten durch den Landrat
Wörthstraße 15
36037 Fulda
Telefon (0661) 60 06–0
info@landkreis-fulda.de

Datenschutzbeauftragte/r:
Landkreis Fulda
Der Kreisausschuss
Datenschutz
Wörthstraße 15
36037 Fulda
Telefon (0661) 60 06–1301
datenschutzbeauftragter@landkreis-fulda.de

2. Verarbeitungszweck und Rechtsgrundlagen

a) Verarbeitungszweck

Das Kreisjobcenter Fulda verarbeitet Daten zum Zwecke seiner gesetzlichen Aufgabenerledigung nach den Vorgaben der Sozialgesetzbücher (SGB) I, II, III und X. Das Kreisjobcenter Fulda ist nach Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen zur Erbringung von Geld-, Sach- und Dienstleistungen verpflichtet. Dazu zählen Leistungen zur Beratung, Verringerung oder Beendigung der Hilfebedürftigkeit, insbesondere durch Aufnahme oder Beibehaltung einer Ausbildung oder Arbeit und Sicherung des Lebensunterhaltes. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten auch bei der Durchführung von Erstattungsansprüchen anderer Leistungsträger oder anderer Stellen sowie der Bekämpfung von Leistungsmissbrauch verarbeitet. Dies gilt auch für die Ausstellung von Bescheinigungen. Personenbezogene Daten werden zudem zu Statistikzwecken der Bundesagentur für Arbeit verarbeitet.

b) Rechtsgrundlagen

Die Datenverarbeitung durch das Kreisjobcenter Fulda erfolgt insbesondere §§ 67 ff. SGB X, SGB II i. V. m. Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c) DSGVO sowie nach spezialgesetzlichen Regelungen. Darüber hinaus ist gemäß § 67 b SGB X i. V. m. Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a) DSGVO eine Datenverarbeitung auch zulässig, wenn die betroffene Person ihre Einwilligung erteilt hat.

3. Personenbezogene Daten

Insbesondere folgende Daten werden vom Kreisjobcenter Fulda verarbeitet:

a) Stammdaten und Kontaktdaten:

Das sind beispielsweise: Aktenzeichen, Kundennummer (Bedarfsgemeinschaftsnummer), Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Telefonnummer (freiwillige Angabe), E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe), Familienstand, Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus, Dauer des Aufenthaltstitels, Renten-/Sozialversicherungsnummer, Bankverbindung, Steuer-ID.

b) Daten zur Leistungsberechnung/Leistungsgewährung

Das sind beispielsweise: Einkommensnachweise, Vermögensnachweise, Leistungszeitraum, -höhe-, -art, Bedarfe der Unterkunft und Heizung, Daten zur Unterhaltsansprüchen/Regressansprüchen, Daten zu Krankenversicherung, Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Daten zur Dauer und Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses, Vollstreckungsdaten, Daten zum Verfahren nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (OWiG).

c) Daten zur Vermittlung/Integration in Arbeit

Das sind beispielsweise: Lebenslauf, Nachweise über Abschlüsse etc., Angaben zu Kenntnissen und Fähigkeiten, Qualifikation (schulische und berufliche), Leistungsfähigkeit, Motivation, Rahmenbedingungen (Mobilität, freiwillige Angaben: familiäre Situation, finanzielle Situation, Wohnsituation), Führerschein, Daten auf Grundlage der Beauftragung von Dritten (z. B. Maßnahmeträger, Ärztlicher Dienst, Rentenversicherungsträger, Berufspsychologischer Service), Dokumentation der Kundenkontakte sowie Entscheidungen z. B. in Form von Beratungs- und Vermittlungsvermerken, Daten zu Stellenangeboten, Stellengesuchen (soweit nicht anonymisiert) und ggf. Rückmeldungen der Arbeitgeber.

d) Gesundheitsdaten

Das sind beispielsweise: Daten für die Betreuung im Reha-Bereich, Begutachtungen sowie Stellungnahmen durch das Kreisgesundheitsamt Fulda bzw. des hierzu beauftragten Maßnahmeträgers, des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit oder des Medizinischen Dienstes der Renten- und Krankenversicherung, Daten für die Beauftragung der Deutschen Rentenversicherung zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit, Daten zur Schwerbehinderung.

e) Forschungsdaten (Befragungsdaten) und Statistikdaten

Das sind beispielsweise: freiwillige Angaben: Zuwanderung, Aussiedler/Spätaussiedler, Zuwanderung der Eltern etc.

f) Daten zur Einrichtung, Ausgabe, Aufladung, Einsatz und Verwaltung der Bezahlkarte und der dazugehörige Support durch den Zahlungsdienstleister

Die Verarbeitung dient der Einrichtung und Nutzung eines Bezahlkartensystems, um Leistungen nach dem SGB II in Form von Überweisungen auf die mit der guthabenbasierten Bezahlkarte verbundene virtuelle IBAN zu erbringen. Die hierzu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt auf der Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe e), Absatz 3 DSGVO in Verbindung mit § 3 Absatz 1 HDSIG in Verbindung mit dem SGB II oder Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe b) DSGVO in Verbindung mit dem SGB in Verbindung mit § 3 Absatz 1 HDSIG.

Die Datenverarbeitung erfolgt im Wesentlichen mittels des Webportals „SocialCard Navigator“, welches der Leistungsbehörde von dem Zahlungsdienstleister der secupay AG bereitgestellt wird.

Verarbeitet werden insoweit beispielsweise: Personendaten (Geschlecht, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit), Kontaktdaten (Wohnanschrift in Deutschland, E-Mail-Adresse, Telefonnummer) Legitimationsdaten (Ausweis- und Meldedaten), Referenznummer der physischen Karte, Daten der Bezahlkarte (virtuelle IBAN, Status, Kartennutzungsvereinbarung, Aufladungsvorgänge, Sperrung und Entsperrung der Karte, Verfahrensdaten (Aktenzeichen aus dem Fachverfahren, Daten zur Bedarfsgemeinschaft), Auszahlungsbetrag und Nutzungsdaten hinsichtlich des Webportals „SocialCard Navigator“ (Nutzername, Anmeldezeitpunkt, Abmeldezeitpunkt, IP-Adresse).

4. Empfänger

Die unter Ziffer 3 genannten Daten können zum Zwecke der gesetzlichen Aufgabenerledigung des Kreisjobcenters Fulda gem. §§ 67d ff. SGB X an Dritte übermittelt werden wie beispielsweise: andere Sozialleistungsträger (z. B. Agentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung), Arbeitgeber, Ausbildungsbetriebe, Maßnahme-/Bildungsträger, Vertragsärzte, Zollbehörden, Finanzämter, Strafverfolgungsbehörden und Behörden der Gefahrenabwehr (z. B. Polizei, Staatsanwaltschaft, Verfassungsschutz), Gerichte, andere Dritte wie z. B. kommunale Ämter, Kfz-Zulassungsstelle, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundeszentralamt für Steuern, Bundesrechnungshof, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Zahlungsdienstleister bzgl. der Bezahlkarte (hier §§ 3 Abs. 1, 22 HDSIG), Auftragsverarbeiter (z. B. IT-Dienstleister, Scandienstleister), Vermieter (bei Direktzahlungen der Mieten), Energieversorger (bei Direktzahlungen von Gas-/Stromabschlägen), Sucht- und Schuldnerberatung (nur mit Einwilligung des Betroffenen), psychosoziale Beratung (nur mit Einwilligung des Betroffenen), Schulen (nur mit Einwilligung des Betroffenen), externe Forschungsinstitute (nur bei Forschungsanträgen, die durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt wurden).

5. Datenverarbeitung und Dauer der Speicherung

Die personenbezogenen Daten werden im meist maschinellen Verfahren zur Berechnung der zustehenden Leistungen und für die Leistungen zur Eingliederung in Arbeit zugrunde gelegt. Das Kreisjobcenter Fulda setzt dabei technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen ein, um die personenbezogenen Daten gegen unbeabsichtigte oder unrechtmäßige Vernichtung, Verlust oder Veränderung sowie gegen unbefugte Offenlegung oder unbefugten Zugang zu schützen. Die Sicherheitsstandards entsprechen stets den aktuellen technologischen Entwicklungen.

Für Daten zur Inanspruchnahme von Geld- und Sachleistungen nach dem SGB II besteht eine Speicherfrist von 10 Jahren nach Beendigung des Falles. Die gleiche Speicherdauer besteht für ärztliche Unterlagen, soweit diese für das Kreisgesundheitsamt Fulda bzw. dem zur Begutachtung beauftragten Maßnahmeträger vorgelegt wurden. Ein Fall ist dabei beendet, wenn die Hilfebedürftigkeit weggefallen ist oder aus anderen Gründen kein Anspruch mehr auf Leistungen nach dem SGB II besteht, es sei denn, es werden besondere Förderleistungen gewährt oder Rechtsstreitigkeiten sind noch nicht abgeschlossen. Die Speicherfrist von 10 Jahren beruht auf der Möglichkeit der Rückforderung von Leistungen, wenn in diesem Zeitraum bekannt wird, dass Leistungen zu Unrecht gewährt wurden.

Ist eine Forderung des Kreisjobcenters Fulda (Rückforderung/ Erstattungsbescheid/ Darlehen) noch offen, werden die Daten gemäß den Vorschriften des SGB X, des Bürgerlichen Gesetzbuches und den Vorschriften der Zivilprozessordnung 30 Jahre lang aufbewahrt, weil erst dann die Ansprüche verjähren. Die Berechnung der Frist erfolgt je nach Vollstreckungsversuch.

Erfolgt eine Förderung durch den Europäischen Sozialfond, werden die Daten nach Beendigung des Falles 13 Jahre lang gespeichert. Diese Frist dient der Rechnungslegung gegenüber der EU und beruht auf EU-Regelungen (Art. 140 Verordnung (EU) Nr. 1303/2013).

6. Betroffenenrechte

Gem. der DSGVO bestehen verschiedene Rechte, Einzelheiten ergeben sich insbesondere aus § 83 SGB X i. V. m. Artikel 15 bis 18 und 21 der Verordnung.

a) Recht auf Auskunft

Sie können Auskunft über Ihre vom Kreisjobcenter Fulda verarbeiteten personenbezogenen Daten verlangen. In Ihrem schriftlichen Auskunftsantrag sollen Sie Ihr Anliegen präzisieren, um dem Kreisjobcenter Fulda das Zusammenstellen der erforderlichen Daten zu erleichtern.

b) Berichtigung/Vervollständigung

Sofern nachgewiesen wird, dass die beim Kreisjobcenter verarbeiteten personenbezogenen Daten unrichtig oder unvollständig erfasst sind, werden diese nach Bekanntwerden unverzüglich berichtigt oder vervollständigt.

c) Löschung

Sofern nachgewiesen wird, dass personenbezogene Daten zu Unrecht verarbeitet wurden, wird unverzüglich die Löschung der betroffenen Daten veranlasst. Das gilt auch, wenn die Daten zur Aufgabenerledigung nicht mehr benötigt werden. Für die Beurteilung dieser Sachlage sind die Speicherfristen maßgebend, wobei Rechnungslegungsfristen oder Rückforderungsfristen (vgl. hierzu Punkt 4 Dauer der Speicherung) zu berücksichtigen sind.

7. Widerruf der Einwilligung

Werden Daten aufgrund Ihrer Einwilligung verarbeitet, kann die Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt davon unberührt.

8. Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich an den Datenschutzbeauftragten des Kreisausschusses des Landkreises Fulda (Kontaktdaten siehe unter 1.) oder direkt an die Aufsichtsbehörde, d.h. den Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit zu wenden, sofern Sie der Meinung sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden Daten gegen die gesetzlichen Grundlagen (SGB II, X und DSGVO) verstößt.

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Postfach 3163
65021 Wiesbaden
Telefon (0661) 1408 0
E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

9. Automatisierte Entscheidungsfindung

Im Rahmen des Vermittlungsprozesses werden die Arbeitsplatzanforderungen mit den Kompetenzen eines Bewerbers automatisiert abgeglichen, um so eine passgenaue Vermittlung zu ermöglichen (sog. Matching).

Dabei werden u. a. folgende Kriterien herangezogen: Berufe, Ausbildung, Ausbildungsstellen, Arbeitszeit, Ausübungsorte, Eintrittstermin, Kenntnisse und Fertigkeiten, Sprachkenntnisse, Ausbildung, Befristung, Befristungsdauer, Behinderung (mit Einwilligung), Schulnoten, Führerscheine, Fahrzeuge (Mobilität), höchster Bildungsabschluss, Reise- und Montagebereitschaft, Wochenstunden, Berufserfahrung, Branche,

Deutschkenntnisse, Unternehmensgröße. Je höher die Übereinstimmung der Kompetenzen mit den Anforderungen des Stellenangebotes ist, desto wahrscheinlicher ist ein entsprechender Vermittlungsvorschlag. Die Entscheidung, ob ein Vermittlungsvorschlag erstellt wird, trifft jedoch die Arbeitsvermittlerin oder der Arbeitsvermittler.

10. Datenquellen (öffentlich zugänglich)

Das Kreisjobcenter Fulda kann unter Beachtung der gesetzlichen Voraussetzungen personenbezogene Daten auch bei anderen öffentlichen und nicht öffentlichen Stellen oder Personen erheben. Dies können z. B. andere Sozialleistungsträger, Arbeitgeber, Ausbildungsbetriebe, Maßnahme-/Bildungsträger etc. sein. Weiterhin können personenbezogene Daten auch aus öffentlichen Quellen bezogen werden wie z. B. Internet, Melderegister, Handelsregister, Grundbuchämter usw.

11. Mitwirkungspflichten, Auskunftspflichten und Folgen der Nichtbeachtung

Wer Sozialleistungen (das sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen) im Kreisjobcenter Fulda beantragt hat oder erhält, ist zur Mitwirkung verpflichtet. Das bedeutet, dass die betroffene Person alle leistungsrelevanten Tatsachen angeben muss, ebenso Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, die Auswirkungen auf die Leistungsgewährung haben können. Die Mitwirkungspflichten gelten auch im Rahmen von Vermittlungsleistungen. Zu den Mitwirkungspflichten zählen auch die Vorlage von entscheidungsrelevanten Unterlagen, die Zustimmung zur Auskunftseinholung bei Dritten, das persönliche Erscheinen beim zuständigen Leistungsträger sowie ggf. die Zustimmung zur Durchführung von ärztlichen oder psychologischen Untersuchungsmaßnahmen. Mit Mitwirkungspflichten ergeben sich aus §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Im Falle der Nichtbeachtung können Leistungen ganz oder teilweise versagt, entzogen oder sanktioniert werden.

12. Zweckänderung

Die Verwendung personenbezogener Daten zu einem anderen Zweck als dem Erhebungszweck ist nur im Rahmen der unter Ziffer 2 genannten Zwecke zulässig und sofern der neue Zweck mit dem Erhebungszweck kompatibel ist.