ANTRAG AUF LEISTUNGEN ZUR SICHERUNG DES LEBENSUNTERHALTES NACH DEM ZWEITEN BUCH SOZIALGESETZBUCH (SGB II)

- ARBEITSLOSENGELD II / SOZIALGELD -

Sachgebiet LG	
Sachgebiet CM	
Aktenzeichen	

- bitte ausfüllen, wenn bekannt -

Tag der Antragstellung

e.V.

EINGANGSSTEMPEL

- nicht vom Antragsteller auszufüllen -

Antrag angenommen am:

Der Antragsteller/Die Antragstellerin hat sich ausgewiesen durch:

☐ Bundespersonalausweis
☐ Pass
☐ Sonstige Ausweispapiere (Hz. Datum)

I. Allgemeine Daten des Antragstellers/der Antragstellerin

Familienname
Фамилия

Vorname
Имя

Strasse, Haus-Nr. *Улица, Номер дома* (Str.Schl.)
- ggf. bei wem -

PLZ, Wohnort *Индекс, город*

Telefonnummer (mit Vorwahl) und/oder E-Mail-Adresse für Rückfragen
номер телефона и/ или E-mail

Bankverbindung (bitte angeben, da die Leistungen bargeldlos überwiesen werden)
BIC: IBAN:
,банковые реквизиты

bei Bank/Postbank/Sparkasse, sonstiges Kreditinstitut *подчеркнуть или вписать название банка*

Name des Kontoinhabers *Имя держателя счёта*

Falls Sie kein Girokonto haben und auch keines eröffnen können, weisen Sie dies bitte durch eine Bescheinigung einer Bank oder Sparkasse nach.

Hinweise für die Sachbearbeitung

(wird von der zuständigen Stelle eingetragen)

Personen ☐① ☐② ☐③ ☐④ ☐⑤

Arbeitsaufnahme am

Erste Lohn-/Gehaltszahlung am

Arbeitsunfähig ab

Sonstiges (Hz.Dat./Org.E)

II. Persönliche Verhältnisse

	des Antragstellers / der Antragstellerin	des Partners / der Partnerin des Antragstellers / der Antragstellerin nach Nr. ①, also des
	Ich bin ☐ allein stehend ☐ allein erziehende(r) Mutter/Vater Die Kinder sind in Abschnitt III einzutragen.	☐ nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten ☐ Partners in eheähnlicher Gemeinschaft ☐ nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners
	①	②
Name (ggf. Geburtsname)	*Фамилия заявителя (+ девичья фамилия в скобках, если менялась)*	*В этом столбике заполняются Данные партнёра/супруга (если есть). Видимо(!), если он в Германии*
Vorname	*мя*	*Поля для заполнения идентичны первому столбику Перевод полей будут внесены во 2й столбик из-за нехватки места*
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich	*пол* ☐ weiblich ☐ männlich
Geburtsdatum, Geburtsort		*Дата рождения, место рождения*
Familienstand *семейное положение*	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ eheähnliche Gemeinschaft ☐ eingetr. Lebenspartnerschaft ☐ dauernd getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet seit _____	☐ *одинокий* ☐ *замужем/женат* ☐ *сожительство* ☐ *гражданское партнёрство* ☐ *живём раздельно* ☐ *в разводе* ☐ *вдова/вдовец* seit *с (дата)* _____
Staatsangehörigkeit (Aufenthaltsstatus) *гражданство / ВНЖ*	☐ deutsch ☐ andere: _____ ☐ Aufenthaltsstatus und ggfls. Befristung: _____	☐ deutsch *немецкое* ☐ andere: *другое* _____ ☐ Aufenthaltsstatus und ggfls. Befristung: _____ *т. т статус § дата истечения*
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)	*номер в Job Center (если есть)*	

	①	②
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Können Sie - Ihrer Einschätzung nach - **mindestens drei Stunden täglich** einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? ☐ ja ☐ nein, weil	*Как вы думаете, можете ли вы работать хотя бы три часа в день на общем рынке труда?* ☐ j ***да*** ☐ ***нет, потому что (указать причину(***
Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	☐ nein ☐ ja wenn ja, entsprechende **Nachweise mitbringen**	*Вы имеете право на соц.помощь по закону о льготах для лиц, ищущих убежище?* ***Да/ Нет. Если да, принести документы***
Auszubildender - auch in Schulausbildung -	☐ nein ☐ ja, in Ausbildung als ***студент/ученик - также в школьном образовании -***	☐ *нет* ☐ *да, студент / школьник* *(наименование изучаемой специальности)*
Name u. Anschrift des derzeitiges Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule		*название фирмы (или школы)* *+ адрес*
Unterbringung in einer stationären Einrichtung *Проживание в стационаре* *(+ подтверждающие док-ты)*	☐ nein ☐ ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ **Wenn ja:** Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	☐ *нет* ☐ *да, на период* *от (дата)_____ до (дата)_____* ***если да,*** *Пожалуйста, предоставьте соответствующие документы*
Mögliche Ausschlussgründe	☐ nein ☐ ja	☐ nein *Возможные причины исключения* ☐ ja *вообще непонятно, что они имеют ввиду , ставим Nein*
Wenn Sie bislang **Sozialhilfe** bezogen haben, müssen Sie für den Bezug von Arbeitslosengeld II eine **Krankenkasse wählen.** Legen Sie bitte danach die **Mitgliedsbescheinigung** vor!		
медицинское страхование Krankenversicherung (KV) ⇨	Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert ☐ ja ☐ nein **Wenn ja:** Name und Sitz der Krankenkasse	***Я застрахован в государственной медицинской страховой компании или имею семейную страховку*** ☐ ☐ *нет* ***если да:*** *название и город страховой кампании*
	Mitglieds-nummer:	Mitglieds-nummer: ***ваш номер страховки*** *иногда номера еще нет, а в документах от АОК стоит "wird generiert"*
	Wenn nein: ☐ Ich war bisher **nicht** krankenversichert. **Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor.** ☐ Ich war bisher **privat** krankenversichert.	**если нет:** ☐ *Раньше у меня не было медицинской страховки.* ***Пожалуйста, выберите страховую компанию и предъявите страховое удостоверение.*** ☐ *Раньше у меня была* ***частная*** *медицинская страховка.*

	①	②
пенсионное страхование Rentenversicherung (RV)	Versicherungszweig ☐ Angestellte ☐ Arbeiter ☐ Knappschaftliche Rentenversicherung ☐ der Arbeiter ☐ der Angestellten	Отделение страхования ☐ *работник* ☐ *рабочий* ☐ *Пенсионное страхование шахтеров* ☐ ***работника*** ☐ ***рабочего***
	RV-Nr.:	RV-Nr.: ***ваш страховой номер***
	☐ RV-Nr. wurde beantragt ☐ RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/-ort _____ ☐ Private Rentenversicherung	☐ *пенсионное страхование было запрошено* ☐ *пенсионное страхование должно быть запрошено* *страна / город рождения* _____ ☐ *Частное пенсионное страхование*

В этом разделе вносить данные детей и других родственников, которые проживают с ВАМИ в Германии

III. Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen

Проживают ли другие члены семьи в одном домохозяйстве? ☐да ☐нет
Если да, укажите других родственников в порядке их даты рождения.
При наличии 4х и более родственников следует использовать дополнительный лист 4 для идентификации других родственников..

	③	④	⑤
Name (ggf. Geburtsname)		*Фамилия (девичья фамилия, если менялась)*	
Vorname		*Имя*	
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/Partner(in)		*родственная связь с заявителем и ли его партнёром*	
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich	*пол* ☐женский ☐мужской	☐ weiblich ☐ männlich
Geburtsdatum		*дата рождения*	
Familienstand *Семейное положение*	☐ ledig ☐ _____ seit	☐ одинокий ☐ *(другое - варианты на стр. 1)* с (дата)	☐ ledig ☐ _____ seit
Staatsangehörigkeit *гражданство*	☐ deutsch ☐ andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgeneh-migung erteilt wurde, bitte beifügen)	☐ немецкое ☐ другое _____ (если разрешение на работу уже выдано, приложите)	☐ deutsch ☐ andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgeneh-migung erteilt wurde, bitte beifügen)
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)		*номер в Job Center (если есть)*	
Erwerbsfähigkeit (Angabe nu ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – **mindestens drei Stunden täglich** einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? ☐ ja ☐ nein, weil	По вашей оценке, может ли он/она работать не менее трех часов в день на общем рынке труда? ☐ да ☐ нет, потому что (указать причину), например "Schuler " (школьник)	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – **mindestens drei Stunden täglich** einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? ☐ ja ☐ nein, weil
Berechtigte(r) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	☐ nein ☐ ja, wenn ja entsprechende **Nachweise mitbringen**	*Вы имеете право на соц.помощь по закону о льготах для лиц, ищущих убежище? Нет / да. Если да, принести документы*	
Auszubildender - auch in Schulausbildung -	☐ nein ☐ ja, als	☐ nein ☐ ja, als *Студент, школьник? нет /* да. Если да, то указать специальность*	☐ nein ☐ ja, als
Name u. Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw Angabe der Schule		*Название и адрес работодателя или школы*	
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	☐ nein ☐ ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	*Проживание в стационаре (+ подтверждающие док-ты)* *перевод см. стр. 2*	☐ nein ☐ ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.
Mögliche Ausschlussgründe	☐ nein ☐ ja	*Возможные причины исключения*	☐ nein ☐ ja

На следующие вопросы о медицинском и пенсионном страховании родственников можно ответить только в том случае, если они достигли 14-летнего возраста.

	③	④	⑤
Krankenversicherung (KV) *Медицинское страхование*	☐ Name u. Sitz der Krankenkasse	☐ Название и адрес медицинской страховой компании	☐ Name u. Sitz der Krankenkasse
	Mitglieds-nummer:	номер страховки	Mitglieds-nummer:
	☐ Private Krankenversicherung	☐ частное страхование	☐ Private Krankenversicherung
	☐ Nicht krankenversichert	☐ нет страховки	☐ Nicht krankenversichert
Rentenversicherung (RV) *пенсионное страхование*	RV-Nr.:	RV-Nr.: *номер страховки*	RV-Nr.:

Думаю стоит заполнять и тем, у кого мужья остались в Украине
При определенных условиях может предоставляться помощь для дополнительных нужд, сверх стандартной . Это касается всех членов семьи.

IV. Leistungen für besondere Mehrbedarfe *Пособия на особые дополнительные нужды **

Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind. Dies gilt für alle Angehörige innerhalb des Haushaltes.

Ein(e) Angehöriger/Angehörige innerhalb der Haushaltsgemeinschaft
Родственник/-ца с которым я проживаю в одном домохозяйстве....

⇨ ist **schwanger.** *беременна* Name, Vorname *фамилия, Имя* _____ Legen Sie bitte den **Mutterpass** vor! *предоставить т.н. Mutterpass*

⇨ ist **allein erziehend.** *мать-одиночка * (см. текст сверху)* Name, Vorname *фамилия, Имя* _____

☐ gehört zum Personenkreis der schwer behinderten Menschen und erhält **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.**
относится к группе людей с тяжелыми формами инвалидности и получает пособие
⇨ Name, Vorname *фамилия, имя* _____ Legen Sie bitte den **Bewilligungsbescheid** vor! *предоставить документы*

☐ Bedarf **aus medizinischen Gründen** einer **kostenaufwändigen Ernährung.**
по медицинским причинам необходимо определённое дорогостоящее питание
⇨Name, Vorname: 1. _____ 2. _____
фамилия, имя

V. Доход заявителя и других лиц, проживающих в домохозяйстве

Все поступления в денежной или денежной форме должны рассматриваться как доход.

- ► *работа по найму или самозанятость, аренда или лизинг, сельское и лесное хозяйство*
- ► *пособие на ребенка, пособия, замещающие доход, такие как пособие по безработице, временное пособие, пособие по болезни,*
- ► *пенсии из соцзащиты или пенсии,*
- ► *алименты, льготы по Закону об авансовых выплатах на содержание,*
- ► *Проценты, прирост капитала, жилищное пособие, социальная помощь согласно SGB XII,*
- ► *иные текущие или разовые доходы любого рода.*

☐ Ни одно из лиц, перечисленных в Разделах II и III, не имеет денежных доходов или стоимости денег.

☐ Следующие лица, перечисленные в разделах II и III, имеют доход:

Name, Vorname *Фамилия, Имя* _____ Art der Einkünfte *вид доходов* _____

Name, Vorname _____ Art der Einkünfte _____

Name, Vorname _____ Art der Einkünfte _____

☐ *Имеется право на получение пособия на ребенка в размере ежемесячного* _____ Euro *пособие на ребенка №* _____

⇨ Представить текущее подтверждение (например, выписку из банка с указанием суммы пособия на ребенка) Personen ☐① ☐② ☐③ ☐④ ☐⑤

VI. Vermögensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen

Финансовое положение заявителя и других лиц, проживающих в домохозяйстве

⇨ Ich **(Antragsteller)** und/oder **mein/e Partner/in** (vgl. Abschnitt II) haben Vermögen, das den Wert von 3.850 Euro je Person (also bei Partnern insgesamt 7.700 Euro) übersteigt. ☐ ja ☐ nein
*У меня (заявителя) и/или у моего партнера (см. Раздел II) есть активы, стоимость которых превышает 3 850 евро на человека (т. е. в общей сложности 7 700 евро для партнеров). * проверяем стоимость автомобиля, если он есть в Германии*

⇨ Die im Abschnitt III aufgeführten **weiteren Angehörigen** haben Vermögen, das den Wert von je 750 Euro übersteigt. ☐ ja ☐ nein
Другие родственники, перечисленные в Разделе III, имеют активы, стоимость которых превышает 750 евро каждый.

VII. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

Иждивенцы, которые не находятся в том же домашнем хозяйстве (например мужья в Украине, дети, на которых платятся алименты)

Name (ggf. Geburtsname)	*Фамилия + девичья фамилия*		
Vorname	*имя*	Видимо в этом блоке стоит заполнить данные мужей, оставшихся в Украине	
Geburtsdatum	*дата рождения*		
Verwandtschaftsverhältnis	*семейная связь*		
PLZ, Wohnort	*индекс, город проживания*		
Straße, Nr.	*Улица, номер дома*		
Name, Vorname des Unterhaltsberechtigten	*Фамилия, имя лица, имеющего право на содержание*		
Unterhaltsleistungen werden erbracht	☐ ja ☐ nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 Einkommen ausfüllen	☐ ja ☐ nein *если да, пожалуйста, заполните дополнительный лист 2 доходов*	☐ ja ☐ nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 Einkommen ausfüllen
Unterhaltsleistungen werden **nicht** erbracht	Wurden oder werden Unterhalts-leistungen geltend gemacht? ☐ ja ☐ nein	Требовались ли алименты? ☐да ☐ нет	Wurden oder werden Unterhalts-leistungen geltend gemacht? ☐ ja ☐ nein

VIII. Прочие требования к работодателям, поставщикам социальных услуг и требования о возмещении ущерба

1. Erheben Sie oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen Ansprüche gegen einen ehemaligen Arbeitgeber für Zeiten nach dem Ausscheiden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Name, Vorname:	Anschrift des Arbeitgebers
Grund:	
Gericht/AZ:	

данные заполняются ,если вы, например, попали под сокращение на работе или подавали в суд на работодателя, ставим крестик в "nein" и идём дальше

2. Подавали ли вы или люди, проживающие в вашем домохозяйстве, заявку на получение другого(ых) пособия(й) или вы собираетесь подать заявление на получение соответствующего заявления? ☐ ja ☐ nein

⇨ В частности, должны быть указаны все виды пенсии, компенсационные выплаты от бывшего работодателя, пособие на ребенка, жилищное пособие, пособия по социальной помощи в соответствии с SGB XII.

Angabe der Person, die Leistungen beantragt hat:
лицо, получающее пособие

Art der Leistung(en):	Sozialleistungsträger:	beantragt am:	für die Zeit ab:
вид пособия	*служба, выплачивающая пособие*	*дата подачи*	*дата с которой получаете пособие*

Angabe der Person, die Leistungen beantragt hat:
тот же самое

Art der Leistung(en):	Sozialleistungsträger:	beantragt am:	für die Zeit ab:

3. Моя потребность в помощи / Потребность в помощи человека, проживающего в моем домохозяйстве, возникла из-за несчастного случая ☐да ☐нет

Wenn ja, Angabe des/der Geschädigten:
если да, то ввести данные постодавшего
если да, заполнить формуляр ***Unfallbogen***

Bitte – soweit noch nicht geschehen – den **Unfallbogen** ausfüllen!

IX. Другая информация, которая может иметь отношение к предоставлению льгот

Вы или люди, живущие с вами, ранее обращались или получали пособия в агентство по трудоустройству или в агентство социального обеспечения? Здесь заполняются данные из Социаламт! ☐ ja ☐ nein
да ***нет***

Wenn ja	folgende Leistungen: ***наименование пособия*** (*в Вашем случае пишем* ***"nach AsylbLG"***)	zuletzt am *дата последнего получения*
	Name(n), Vornamen der Person(en) *Фамилии, Имена*	
	Bei wem (zuständiger Träger)? *Орган, выдавший пособие (в Вашем случае пишем "**Sozialamt**")*	
	AZ/Kunden-Nr./Nr. der Bedarfsgemeinschaft *Сюда вносим длинный номер, который называется* ***Aktenzeichen****. он стоит на распечатке о выплатах в верней-правой части*	

Ist ein Betreuer/Vormund/Beistand bestellt?
☐ nein ☐ ja ► durch: _____ AZ.: _____
Это довольно сложная тема об опекунстве над вами, которая врядли вас касается. Ставим "NEIN" и идём дальше
Wirkung der Betreuung: _____ (Nachweise vorlegen)

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift

X. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben nochmals genau. Vermeiden Sie in jedem Fall unrichtige oder unvollständige Angaben.

Hinweis:

Da die unter Abschnitt I genannte Person die Leistungen beantragt hat, wird von der Vermutung ausgegangen, dass diese auch die Vertretung der Bedarfsgemeinschaft übernommen hat. Diese Vermutung gilt dann nicht mehr, wenn andere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft gegenüber der Agentur für Arbeit bzw. gegenüber der Arbeitsgemeinschaft der Agentur für Arbeit und dem Sozialhilfeträger oder dem Sozialhilfeträger erklären, dass diese ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen (§ 38 SGB II).

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt Datenschutzerklärung SGB II"). Ihre Angaben werden aufgrund der §§

35, 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. Personen, die Leistungen nach dem SGB II beantragen oder erhalten, sind mitwirkungspflichtig: Das bedeutet, alle

Angaben im Antrag und in den hierzu eingereichten Anlagen müssen richtig und vollständig sein und Änderungen, die nach der Antragstellung eintreten und sich auf die Leistungen auswirken können (z. B. Arbeitsaufnahme, Umzug), sind dem zuständigen Jobcenter unverzüglich mitzuteilen. Die Mitwirkungspflichten sind von allen Mit-gliedern einer Bedarfsgemeinschaft zu beachten.

Bei Verstoß gegen diese Mitwirkungspflichten werden in aller Regel von allen leistungsberechtigten Personen einer Bedarfsgemeinschaft zu viel gezahlte Leistungen zurückgefordert. Sofern zu Ihrer Bedarfsgemeinschaft noch wei-tere Personen gehören, sollten Sie als Vertreterin/Vertreter beim Ausfüllen des Antrags alle Mitglieder einbeziehen und die wesentlichen sowie die sie betreffenden Angaben mit ihnen abstimmen. Stellen Sie zudem bitte sicher, dass alle Mitglieder alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten.

Ein Verstoß kann zusätzlich zu einem Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahren gegen die Person führen, die die oben genannten Pflichten

missachtet hat. Das Jobcenter holt im Wege eines automatisierten Datenabgleichs bei verschiedenen Stellen Auskünfte über Einkommen und Vermögen ein (z. B. Arbeitsentgelte, Kapitalerträge, Renten). Verschwiegene Einkommen und Vermögen werden daher regelmäßig nachträglich bekannt

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffen. Änderungen insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten bin ich einverstanden.

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen bei den Fragen:

город, дата	*подпись заявителя*		
Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller/ Antragstellerin	Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller/ Antragstellerin
город, дата	*подпись представителя заявителя (в случае, если заявитель несовершеннолетний)*		
Ort/Datum	Unterschrift gesetzlicher Vertreter (falls Antragsteller minderjährig)	Ort/Datum	Unterschrift gesetzlicher Vertreter (falls Antragsteller minderjährig)

Я подтверждаю, что предоставленная мною информация верна. Я сообщу вам без просьбы и без промедления о любых изменениях, в частности, в семье, доходах и финансовых обстоятельствах.

Подтверждаю правильность внесенных мною изменений или дополнений или принятия заявления компетентным учреждением по вопросам:

ZUSATZBLATT 1
ZUR FESTSTELLUNG DER ANGEMESSENEN KOSTEN FÜR UNTERKUNFT UND HEIZUNG

Antragsteller	
Name:	Nr. der Bedarfs-gemeinschaft:
Vorname:	Kunden-Nummer:
Strasse, Haus-Nr. - ggf. bei wem -	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer (mit Vorwahl) und/oder E-Mail-Adresse für Rückfragen	
Bankverbindung BIC: IBAN:	
bei Bank/Postbank/Sparkasse, sonstiges Kreditinstitut	
Name des Kontoinhabers	

Wohnverhältnisse des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und der im Haushalt lebenden Personen

① ☐ Mietwohnung

Name und Anschrift des Vermieters: _____

Bankverbindung des Vermieters: BIC _____ IBAN. _____

bei: _____

(bitte Mietvertrag oder entsprechende Unterlagen vorlegen)

☐ Höhe der anfallenden Miete – ohne Garage, Stellplatz und Nebenkosten _____ Euro monatlich

② ☐ Ich bin / wir sind

Eigentümer eines ☐ eigenen Hauses ☐ einer Eigentumswohnung

Anfallende Schuldzinsen: _____ Euro monatlich

(bitte Belege beifügen)

③ ☐ Ich / Wir habe(n) freies Wohnrecht bei: _____

④ ☐ Angaben zur Wohnung / zum Haus:

Gesamtgröße der Wohnung/des Hauses: _____ Anzahl der Räume: _____

davon Wohnfläche: _____ Anzahl Küchen: _____

bezugsfertig seit: _____ Anzahl Bäder: _____

Bei Eigentum: Anzahl Wohneinheiten _____

⑤ ☐ **Heizkosten** (ggf. bitte Nachweise vorlegen) _____ Euro monatlich

Wird die Wohnung zentral mit **Warmwasser** versorgt? ☐ ja ☐ nein

Wenn nein: Warmwasserbereitung erfolgt durch (z. B. Durchlauferhitzer) _____

Werden Brennstoffe selbst beschafft? ☐ ja ☐ nein

☐ Höhe der **Neben-, Betriebskosten** (bitte Nachweise vorlegen) _____ Euro monatlich

☐ Sonstige Wohnkosten _____ Euro monatlich

⑥ ☐ Wohngeld wurde beantragt am _____ bei _____

☐ Wohngeld wurde bewilligt ab _____ bis _____ in Höhe von _____ Euro monatlich

☐ Wohngeld wurde mit Bescheid vom _____ abgelehnt (bitte Nachweise vorlegen)

⑦ ☐ In der Wohnung/in dem Haus leben folgende Personen:
(z.B. Vater, Mutter, Enkel, Freund/in)

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Davon haben lt. notarieller Urkunde freies Wohnrecht: _____

_____

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

Zusatzblatt 2

EINKOMMENSERKLÄRUNG/VERDIENSTBESCHEINIGUNG ZUM ANTRAG AUF GRUNDSICHERUNGSLEISTUNGEN FÜR ARBEITSSUCHENDE

- ZUR FESTSTELLUNG DER EINKOMMENSVERHÄLTNISSE JEDER IN DER BEDARFSGEMEINSCHAFT LEBENDEN PERSON -

Angaben zum Antragsteller (vom Antragsteller vor Rückgabe auszufüllen!)

Name: _____ **Kunden-Nr. bzw. Nummer der Bedarfsgemeinschaft:**

Vorname: _____ _____

Angaben zum Einkommen

Die Pflicht zur Auskunftserteilung ergibt sich aus § 60 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch.
Bitte Änderungen/Ergänzungen gesondert mit Unterschrift bestätigen. Der Antragsteller kann auch bei unmittelbarer Rückgabe des Vordrucks (Angaben zum Antragsteller müssen ausgefüllt sein) Einblick in die Bescheinigung erhalten (Anhörungsrecht gemäß § 24 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch).

Je Person über 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft ist eine eigene Erklärung abzugeben. Diese Erklärung wird für folgende Person abgebeben:

_____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Ich habe folgendes Einkommen Bitte Zutreffendes ankreuzen

☐ Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung lt. Bescheinigung des Arbeitgebers auf der Rückseite
Derzeit wird die Steuerklasse _____ bei der Lohnsteuer berücksichtigt.

☐ Einkommen aus einer selbständigen Tätigkeit gemäß umseitiger Selbsteinschätzung

☐ **Rente, Pension:** _____ in Höhe von _____ Euro mtl.
(Bitte Rentenart und letzten Rentenbescheid beifügen (Kopie genügt)).
Wenn Sie Altersrente oder Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, beantworten Sie bitte auch folgende Frage:
Sind Sie im Besitz eines Ausweises über die Eigenschaft als Schwerbehinderter mit dem Merkzeichen G? ☐ ja ☐ nein

☐ **Arbeitslosengeld:** Bemessungsentgelt _____ Euro tgl. Höhe _____ Euro tgl.
Bemessungsentgelt _____ Euro wchtl. Höhe _____ Euro wchtl.
Das Arbeitslosengeld wurde von – bis bewilligt: _____

☐ **Sonstiges Einkommen:** _____ in Höhe von _____ Euro mtl.
_____ in Höhe von _____ Euro mtl.
_____ in Höhe von _____ Euro mtl.
Vgl. Abschnitt VI des Antragsvordruckes. Bitte Nachweise beifügen.

☐ Folgende Einkommen werden nicht regelmäßig monatlich erzielt (z. B. Steuerrückerstattungen, Zinserträge, Insolvenzgeld):
Art: _____ vom _____ bis _____ Höhe _____ Euro
Zugeflossen ist das Einkommen am: _____

☐ → nebenberufliche, gemeinnützige oder ehrenamtliche Tätigkeit, für die (steuerfreie) **Aufwandsentschädigungen** gezahlt werden:
Art der Tätigkeit: _____
(Bitte legen Sie Nachweise über die konkrete Tätigkeit, die Höhe der Aufwandsentschädigung und die in diesem Zusammenhang entstehenden Aufwendungen vor).

☐ → U**nterhaltszahlungen** bzw. Leistungen nach dem **Unterhaltsvorschussgesetz**
Art der Zahlung: _____ in Höhe von _____ Euro mtl.
(Bitte legen Sie einen Nachweis über Art und Umfang der erhaltenen Zahlungen vor.)

Wenn Sie **weitere laufende, regelmäßige Einnahmen** haben, tragen Sie bitte die Art der Einnahmen und die Höhe unten ein und legen Sie entsprechende Nachweise vor.

☐ Einnahmen aus **Vermietung, Untervermietung oder Verpachtung** _____
☐ sonstige **Entgeltersatzleistungen** (z. B. Krankengeld, Übergangsgeld) _____
☐ **Wohngeld, weitere Sozialleistungen** _____
☐ **BaföG, BAB, Ausbildungsentgeld** _____
☐ **Sachbezüge** (z. B. kostenfreie Verpflegung) _____
☐ **Kindergeld** (Kindergeldberechtigter, Name des Kindes) _____

Aufwendungen durch mein Arbeitsverhältnis, *die mir nicht vom Arbeitgeber oder Dritten erstattet werden:*

Entstehende Aufwendungen für die Fahrt zur Arbeitsstätte werden zusätzlich mit 0,20 Euro je km vom Einkommen abgesetzt.
Entstehend höhere notwendige Ausgaben, müssen diese nachgewiesen werden.
Verdienen Sie **bis zu 400,00 €** werden 100,00 € pauschal als Ausgaben abgesetzt. In dieser Pauschale sind die Entfernungskilometer bereits enthalten. Verdienen Sie **mehr als 400,00 €** monatlich und fallen bei Ihnen höhere notwendige Ausgaben an, werden diese auf Nachweis berücksichtigt. Nur in diesen Fällen sind die nachfolgenden Angaben zu machen.

☐ Kürzeste Straßenverbindung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte in _____

Die einfache Strecke beträgt: _____ km, zurückgelegt an regelmäßig _____ Arbeitstagen je Woche

☐ Ich habe höhere Aufwendungen, z.B. für eine Monatskarte bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (bitte Nachweise beifügen):

☐ weitere Ausgaben aus einem Arbeitsverhältnis (z. B. doppelte Haushaltsführung, Mehraufwendungen für Verpflegung bei einer täglichen Abwesenheit von min. 12 Std. von der Wohnung und üblichem Beschäftigungsort):

Art, monatliche Höhe: _____

Sonstige Absetzungen

☐ → Zahlungen an eine unterhaltsberechtigte Person außerhalb der Bedarfsgemeinschaft auf Grund eines Unterhaltstitels

Unterhaltsberechtigte Person, Verwandtschaftsverhältnis, mtl. Unterhaltszahlung: _____

(Bitte legen Sie den Unterhaltstitel in Kopie vor und weisen Sie die tatsächlichen Zahlungen nach)

☐ → bei der Ausbildungsförderung (BaföG, BAB) für ein Kind berücksichtigtes Elterneinkommen

Name des Kindes und berücksichtigter Betrag: _____

(Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor).

Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen (auch bei sonstigem Einkommen)

Für private Versicherungen, die dem Grunde und der Höhe nach angemessen sind und nicht zu den unten genannten Versicherungen gehören (z. B. Haftpflicht, Hausrat) werden vom Einkommen monatlich pauschal 30,00 € abgesetzt. Zu dem Erhalt dieser Pauschale brauchen Sie daher keine Aussagen machen und Nachweise führen.

Wenn Sie für Kinder unter 18 Jahren eine spezielle Versicherung abgeschlossen haben, weisen Sie dies bitte nach.

Nur 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. Fügen Sie bitte entsprechende Nachweise bei.

Gebäudeversicherung	☐ monatlich	☐ ¼ jährlich	☐ ½ jährlich	☐ jährlich	_____ Euro
Kfz.-Versicherung (ohne Teil-/Vollkasko, Schutzbrief)	☐ monatlich	☐ ¼ jährlich	☐ ½ jährlich	☐ jährlich	_____ Euro
Sonstige gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen	☐ monatlich	☐ ¼ jährlich	☐ ½ jährlich	☐ jährlich	_____ Euro
Geförderte Altersvorsorgebeiträge nach § 82 Einkommenssteuergesetz (EStG) (z. B. Beiträge zur "Riester-Rente")	☐ monatlich	☐ ¼ jährlich	☐ ½ jährlich	☐ jährlich	_____ Euro

Bitte Nachweise beifügen.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

_____ _____

Datum | Unterschrift des Antragstellers / des Angehörigen / des gesetzlichen Vertreters

Bescheinigung des Arbeitsentgelts durch den Arbeitgeber

Diese Bescheinigung ist eine Urkunde. Zu Angaben über das Arbeitsentgelt ist der Arbeitgeber nach § 60 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch verpflichtet. Änderungen/Ergänzungen bestätigen Sie bitte gesondert mit Unterschrift. Grundsätzlich ist für jeden Monat, für den Arbeitslosengeld II zu bewilligen ist, eine Bescheinigung vorzulegen. Etwas anderes gilt dann, wenn die Einnahmen in jedem Monat gleich hoch sind. In diesem Fall genügt die Vorlage einer Bescheinigung für den gesamten Bewilligungszeitraum, der in der Regel sechs Monate umfasst.

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Das laufende Arbeitsentgelt des Genannten für den Monat _____ betrug

- **einschließlich** vermögenswirksam angelegter Teile des Arbeitslohnes **(aber ohne vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers),** Überstundenvergütungen, steuerpflichtiger Zuschläge und Zulagen und des Wertes von Sachbezügen (z.B. freie Kost, Wohnung), einmaliger und wiederkehrender Zuwendungen (z.B. 13. Monatsgehalt, Weihnachtsgeld, zusätzliches Urlaubsgeld, Jubiläumszuwendung) u.ä.
- **ohne** Kindergeld)

Monat / Jahr (bei Teilmonaten genauer Zeitraum)

Monat _____ **200** ___

vom _____ **bis** _____ **200** ___

☐ **Das Einkommen ist monatlich gleich hoch**

Bruttoarbeitsentgelt

Liegt Sozialversicherungspflicht vor ☐ **ja** ☐ **nein**

Sozialversicherungspflichtiger Betrag _____ **Euro**

Nettoarbeitsentgelt (nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung

Sozialversicherung) _____ **Euro**

Weitere laufende Leistungen

(z.B. Winterausfallgeld, Winterausfallgeld-Vorausleistung, Kurzarbeitergeld, Zuschüsse zum Krankengeld/Krankenversicherungs- oder Rentenversicherungs-beitrag) _____ **Euro**

Die Auszahlung ist / war jeweils fällig am: _____ ☐ **des laufenden Monats** ☐ **des Folgemonats**

Die Beschäftigung wird ausgeübt seit: _____

Für **Rückfragen und Schriftwechsel:**

Ansprechpartner/in Frau/Herr: _____ Geschäftszeichen: _____

Telefondurchwahl: _____ ☐ nur vormittags ☐ nur nachmittags

_____ _____

Name und Anschrift (Firmenstempel) Datum / Unterschrift des Arbeitgebers oder seines Beauftragten

Selbsteinschätzung bei Einkommen aus selbständiger Tätigkeit

☐ **Art der selbständigen Tätigkeit**

☐ **Voraussichtliche Betriebseinnahmen vom** _____ **bis** _____ _____ **Euro mtl.**

☐ **Betriebsausgaben** _____ **Euro mtl.**

☐ **Sonstige Ausgaben (bitte erläutern)** _____ **Euro mtl.**

☐ _____ **Euro mtl.**

☐ _____ **Euro mtl.**

Hinweis: Von den Betriebseinnahmen werden pauschal 30 v.H. als Betriebsausgaben abgesetzt, sofern Sie nicht höhere Betriebsausgaben nachweisen.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

_____ _____

Datum Unterschrift des Selbständigen

ZUSATZBLATT 3
ZUR FESTSTELLUNG DES ZU BERÜCKSICHTIGENDEN VERMÖGENS NACH § 12 SGB II

Antragsteller	
Name:	Nr. der Bedarfs-gemeinschaft:
Vorname:	Kunden-Nummer:

Vermögen ist die Gesamtheit der in Geld messbaren Güter einer Person, bewertet zum Zeitpunkt der Antragstellung, soweit das Vermögen nicht später erworben wurde.

Zum Vermögen gehören **– unabhängig davon, ob es im In- oder Ausland vorhanden ist –** insbesondere Bargeld, Bank- und Sparguthaben, Wertpapiere, Bausparguthaben, Aktien und Fondsanteile ebenso wie Forderungen, bewegliches Vermögen, Haus- und Grundeigentum sowie dingliche Rechte an Grundstücken. Von Bedeutung sind Ihr eigenes Vermögen und das Vermögen der mit Ihnen im Haushalt lebenden Angehörigen bzw. Partner.

Alle Angaben über vorhandenes Vermögen und Belastungen sind grundsätzlich durch geeignete Nachweise zu belegen. Fügen Sie bitte ggf. auch eine Bescheinigung Ihres Kreditinstitutes über Gebühren und Beleihungszinsen bei.

① Haben Sie, Ihr Partner oder die im Haushalt lebenden Angehörigen (vgl. Abschnitt II und III des Antrages) Freistellungsaufträge für Kapital-/Zinserträge (z.B. bei Kreditinstituten, Bausparkassen, Lebensversicherungsunternehmen, Bundes-/Landesschuldenverwaltung) erteilt?	☐ ja ☐ nein
Wenn ja: Anzahl der Freistellungsaufträge: _____ Antragsteller _____ Ehegatte/Partner _____ Gemeinsam Sonstige Personen ⇨ _____ Name: _____ _____ Name: _____ _____ Name: _____	
② Über welche Konten bzw. Geldanlagen verfügen Sie, Ihr Ehegatte bzw. (Lebens-)Partner und weitere im Haushalt lebende Personen?	
2.1 Girokonten:	☐ ja ☐ nein
Gesamtbetrag: _____ Euro – Kontoinhaber: _____ Gesamtbetrag: _____ Euro – Kontoinhaber: _____ Gesamtbetrag: _____ Euro – Kontoinhaber: _____ Gesamtbetrag: _____ Euro – Kontoinhaber: _____	
2.2 Bargeld:	☐ ja ☐ nein
Gesamtbetrag: _____ Euro – Inhaber: _____ Gesamtbetrag: _____ Euro – Inhaber: _____	

2.3 Sparbücher: ☐ ja ☐ nein

- Gesamtbetrag: _____ Euro – Zinsen im letzten Jahr _____ Euro

  Inhaber des Sparbuchs: _____

- Gesamtbetrag: _____ Euro – Zinsen im letzten Jahr _____ Euro

  Inhaber des Sparbuchs: _____

- Gesamtbetrag: _____ Euro – Zinsen im letzten Jahr _____ Euro

  Inhaber des Sparbuchs: _____

2.4 Sparbriefe / Tagesgeld / Sonstige Einlagen (z.B. Aktien, Fonds-Anteile usw.) ☐ ja ☐ nein

- Inhaber der Geldanlage: _____

  derzeitiger Wert _____ Euro
  Erträge letztes Jahr _____ Euro
  Kosten bei vorzeitiger Auflösung
  Gebühr * _____ Euro
  Gutschriftzinssatz _____
  Beleihungszinssatz _____

- Inhaber der Geldanlage: _____

  derzeitiger Wert _____ Euro
  Erträge letztes Jahr _____ Euro
  Kosten bei vorzeitiger Auflösung
  Gebühr * _____ Euro
  Gutschriftzinssatz _____
  Beleihungszinssatz _____

- Inhaber der Geldanlage: _____

  derzeitiger Wert _____ Euro
  Erträge letztes Jahr _____ Euro
  Kosten bei vorzeitiger Auflösung
  Gebühr * _____ Euro
  Gutschriftzinssatz _____
  Beleihungszinssatz _____

2.5 Kapitallebensversicherungen / private Rentenversicherungen / Unfallversicherungen ☐ ja ☐ nein

- Vertragspartner _____

  Auszahlungsbetrag bei Rück-, Verkauf _____ Euro
  bisher eingezahlt _____ Euro
  Versicherungssumme: _____ Euro

- Vertragspartner _____

  Auszahlungsbetrag bei Rück-, Verkauf _____ Euro
  bisher eingezahlt _____ Euro
  Versicherungssumme: _____ Euro

- Vertragspartner _____

  Auszahlungsbetrag bei Rück-, Verkauf _____ Euro
  bisher eingezahlt _____ Euro
  Versicherungssumme: _____ Euro

2.6 Bausparverträge ☐ ja ☐ nein

- ♦ Inhaber des Bausparvertrages: _____
  Guthaben: _____ Euro _____
- ♦ Inhaber des Bausparvertrages: _____
  Guthaben: _____ Euro _____
- ♦ Inhaber des Bausparvertrages: _____
  Guthaben: _____ Euro _____

③ Sind Sie oder eine der in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen von der Rentenversicherungspflicht befreit? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja: Dienen unter Ziffer 2. genannte Geldanlagen der Alterssicherung? Welche Person ist befreit? Bitte Befreiungsbescheid beifügen.

④ Verfügen Sie oder eine der im Haushalt lebenden Personen über steuerlich / staatlich gefördertes Altersvorsorgevermögen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja: Bitte aktuellen Kontostand nachweisen und Vertrag vorlegen.

⑤ ⓐ Ich bzw. eine im Haushalt lebende Person oder wir gemeinsam sind Eigentümer **bebauter** Grundstücke und/oder Eigentumswohnungen. ☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

a Name des/der Eigentümer(s): _____
Grundstücksgröße: _____ qm Verkehrswert: _____ Euro
Wohnfläche: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro
selbst bewohnt: _____ qm Belastungen: _____ Euro

b Name des/der Eigentümer(s): _____
Grundstücksgröße: _____ qm Verkehrswert: _____ Euro
Wohnfläche: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro
selbst bewohnt: _____ qm Belastungen: _____ Euro

c Name des/der Eigentümer(s): _____
Grundstücksgröße: _____ qm Verkehrswert: _____ Euro
Wohnfläche: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro
selbst bewohnt: _____ qm Belastungen: _____ Euro

⑤ ⓑ Ich bzw. eine im Haushalt lebende Person oder wir gemeinsam sind Eigentümer **unbebauter** Grundstücke. ☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

a Name des/der Eigentümer(s): _____
Grundstücksgröße: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro
Belastungen: _____ Euro Verkehrswert: _____ Euro

b Name des/der Eigentümer(s): _____
Grundstücksgröße: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro
Belastungen: _____ Euro Verkehrswert: _____ Euro

c Name des/der Eigentümer(s): _____

Grundstücksgröße: _____ qm Miet-/Pachteinnahmen: _____ Euro

Belastungen: _____ Euro Verkehrswert: _____ Euro

⑥ Ich bzw. eine im Haushalt lebende Person oder wir gemeinsam haben sonstiges Vermögen (z.B. Edelmetalle, Antiquitäten, Gemälde usw.). ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Wert: _____ Euro Bezeichnung: _____

⑦ Sind Kraftfahrzeuge (Kfz) vorhanden? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja:

- Besitzer des Kfz ist _____ amtliches Kennzeichen: _____

  Fabrikat: _____ Modell: _____

  Alter des Kfz _____ geschätzter Wert: _____ Euro

  ggf. noch bestehende Kreditverbindlichkeiten für das Kfz _____ Euro
- Besitzer des Kfz ist _____ amtliches Kennzeichen: _____

  Fabrikat: _____ Modell: _____

  Alter des Kfz _____ geschätzter Wert: _____ Euro

  ggf. noch bestehende Kreditverbindlichkeiten für das Kfz _____ Euro
- Besitzer des Kfz ist _____ amtliches Kennzeichen: _____

  Fabrikat: _____ Modell: _____

  Alter des Kfz _____ geschätzter Wert: _____ Euro

  ggf. noch bestehende Kreditverbindlichkeiten für das Kfz _____ Euro

⑧ Wurde Vermögen im In- oder im Ausland verschenkt oder gespendet oder auf eine andere Person übertragen? ☐ ja ☐ nein

(Hier sind Schenkungen / Spenden / Übertragungen anzugeben, die innerhalb der letzten 10 Jahre aus dem Vermögen einer in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Person im In- oder Ausland erfolgten)

Wenn ja: Höhe: _____ Euro Zeitpunkt des Ereignisses: _____

Verwendungszweck _____

Name der Person _____

EmpfängerIn _____

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffen. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

_____ _____
Ort / Datum Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin

_____ _____
Ort / Datum Unterschrift des Partners / der Partnerin des Antragstellers / der Antragstellerin

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen bei den Fragen zu den Punkten

_____

_____ _____
Ort / Datum Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin

Hz. Antragsannehmer / Datum / Org.E. _____