

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II)

Ich beantrage Leistungen nach dem SGB II ab:

1. Grunddaten

	Angaben zu meiner Person	Angaben zur/zum (Ehe-)Partner/-in
Ich lebe zusammen mit	ich wohne alleine	Ehegattin/Ehegatte Eingetragene/-r Lebenspartner/-in Partner/-in
Geschlecht	weiblich männlich divers	weiblich männlich divers
Name		
Vorname		
ggf. Geburtsname		
Geburtsdatum, -ort		
Staatsangehörigkeit		
Sozialversicherungsnummer		
Steuerliche Identifikationsnummer		
Familienstand	ledig verheiratet eingetragene Lebens- partnerschaft geschieden dauernd getrennt lebend verwitwet seit:	ledig verheiratet eingetragene Lebens- partnerschaft geschieden dauernd getrennt lebend verwitwet seit:

	Angaben zu meiner Person	Angaben zur/zum (Ehe-)Partner/-in
Anschrift/Kommunikation		
Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Wohnort		
ggf. wohnhaft bei		
ggf. abweichende Anschrift, Straße, Hausnummer		
ggf. abweichende Postleitzahl, Wohnort		
Telefonnummer		
E-Mail-Adresse (freiwillig)		
Wie sind Sie im Krankheits-/ Pflegefall abgesichert?	Kranken-/Pflegekasse: pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert	Kranken-/Pflegekasse: pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert
Können Sie eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich ausüben?	ja nein Falls nein: Warum nicht?	ja nein Falls nein: Warum nicht?
Besuchen Sie eine Schule? (Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.)	ja von bis nein	ja von bis nein
Sind Sie Auszubildende / Auszubildender? (Bitte legen Sie Ihren Ausbildungsvertrag oder eine Schulbescheinigung vor.)	ja von bis nein	ja von bis nein
Sind Sie Student/-in an einer (Fach-)Hochschule? (Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.)	ja von bis nein	ja von bis nein
Befinden Sie sich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung? (Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.)	ja von bis nein	ja von bis nein

Meine Bankverbindung

Kontoinhaber/-in

Geldinstitut

IBAN

2. Meine Wohnsituation

Ich wohne allein

Ich wohne zusammen mit Personen. Davon unter 15 Jahren.

meiner Ehegattin/meinem Ehegatten

meiner eingetragenen Lebenspartnerin/meinem eingetragenen Lebenspartner

meiner Partnerin/meinem Partner in einer Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft („eheähnliche Gemeinschaft“)

unverheirateten Kind(ern) zwischen 15 und 24 Jahren

unverheirateten Kind(ern) unter 15 Jahren

(Bitte füllen Sie für jedes Kind eine eigene Anlage KI aus, wenn Sie mit mehr als drei Kindern im Haushalt wohnen)

meinen Eltern bzw. einem Elternteil

(Sind Sie als Antragstellerin/als Antragsteller unter 25 Jahre alt, füllen Sie bitte für Ihre Eltern jeweils eine Anlage WEP aus. Sind Sie 25 Jahre oder älter, tragen Sie Ihre Eltern bitte unter Punkt 11 ein.)

sonstigen Verwandten oder Verschwägerten (z. B. Großeltern, Geschwister über 25 Jahre, verheiratete Kinder, Tanten oder Onkel)

(Tragen Sie Ihre Verwandten bitte unter Punkt 11 ein. Bei mehr als 3 weiteren Personen: Bitte Anlage HG ausfüllen.)

sonstigen Personen (z. B. andere Personen in einer Wohngemeinschaft)

(Gegebenenfalls ist eine Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft zu prüfen. Das Jobcenter Münster wird Ihnen mitteilen, ob Sie eine Anlage VE ausfüllen müssen.)

3. Kosten für Unterkunft und Heizung

Ich wohne zur Miete seit

Höhe der tatsächlichen monatlichen Kosten für die Unterkunft

Grundmiete (ohne Nebenkosten)

Nebenkosten (ohne Heizkosten)

Heizkosten

sonstige Wohnkosten

Bitte legen Sie aktuelle Nachweise (Mietvertrag und ggf. letzte Mieterhöhung) mit Angabe der Fälligkeit vor. Sollten Sie eine Direktzahlung der Miete an die Vermieterin/den Vermieter wünschen, geben Sie bitte die entsprechende Kontoverbindung an.

Ich wohne im Eigentum
Höhe der tatsächlichen Kosten für das Eigentum

Schuldzinsen ohne Tilgungsraten Nebenkosten (ohne Heizkosten), z.B. Grundsteuer, Wasser

Heizkosten und -art (z.B. Strom, Gas) sonstige Wohnkosten

Bitte legen Sie aktuelle Nachweise mit Angabe der jeweiligen Fälligkeit vor.

4. Mehrbedarfe

	Angaben zu meiner Person		Angaben zur/zum (Ehe-)Partner/-in	
Name, Vorname				
Sind Sie alleinerziehend?	ja	nein	-	
Sind Sie schwanger? (Bitte legen Sie einen Nachweis über den voraussichtlichen Entbindungstermin vor.)	ja	nein	ja	nein
Benötigen Sie aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändigere Ernährung? (Bitte füllen Sie die Anlage MEB aus.)	ja	nein	ja	nein
Haben Sie eine Behinderung und erhalten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben? (Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.)	ja	nein	ja	nein
Sind Sie erwerbsunfähig und haben einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „G“? (Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.)	ja	nein	ja	nein
Haben Sie einen unabweisbaren, laufenden, besonderen Bedarf? (Bitte füllen Sie die Anlage BB aus.)	ja	nein	ja	nein

5. Aufenthaltsverhältnisse von Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

	Angaben zu meiner Person	Angaben zur/zum (Ehe-)Partner/-in
Name, Vorname		
ununterbrochen wohnhaft in Deutschland	seit	seit
Aufenthaltstitel (bitte reichen Sie einen Nachweis über Ihren Aufenthaltstitel ein)		

6. Angaben zur Erwerbstätigkeit in den letzten fünf Jahren (auch im europäischen Ausland)

	Angaben zu meiner Person	Angaben zur/zum (Ehe-)Partner/-in
Name, Vorname		
sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	Arbeitgeber/-in von bis	Arbeitgeber/-in von bis
sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	Arbeitgeber/-in von bis	Arbeitgeber/-in von bis
sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	Arbeitgeber/-in von bis	Arbeitgeber/-in von bis
sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	Arbeitgeber/-in von bis	Arbeitgeber/-in von bis
Minijob	Arbeitgeber/-in von bis	Arbeitgeber/-in von bis
Minijob	Arbeitgeber/-in von bis	Arbeitgeber/-in von bis

	Angaben zu meiner Person	Angaben zur/zum (Ehe-)Partner/-in
Name, Vorname		
selbstständige Tätigkeit	Bezeichnung / Branche von bis	Bezeichnung / Branche von bis
selbstständige Tätigkeit	Bezeichnung / Branche von bis	Bezeichnung / Branche von bis

7. Kinder im Haushalt unter 25 Jahren

	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Name			
Vorname			
ggf. Geburtsname			
Geschlecht			
Geburtsdatum und -ort			
Staatsangehörigkeit			
Sozialversicherungsnummer			
Steuerliche Identifikationsnummer			
Familienstand	ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden dauernd getrennt lebend verwitwet seit:	ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden dauernd getrennt lebend verwitwet seit:	ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden dauernd getrennt lebend verwitwet seit:

	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Name, Vorname			
Lebt ein Elternteil des Kindes außerhalb der Bedarfsgemeinschaft?	ja nein	ja nein	ja nein
Wie ist das Kind im Krankheits- oder Pflegefall abgesichert?	Kranken-/Pflegekasse: pflichtversichert familienversichert freiwillig versichert privat versichert	Kranken-/Pflegekasse: pflichtversichert familienversichert freiwillig versichert privat versichert	Kranken-/Pflegekasse: pflichtversichert familienversichert freiwillig versichert privat versichert
Besucht das Kind eine Schule? (Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.)	ja von bis nein	ja von bis nein	ja von bis nein
Absolviert das Kind eine Ausbildung? (Bitte legen Sie den Ausbildungsvertrag oder eine Schulbescheinigung vor.)	ja von bis nein	ja von bis nein	ja von bis nein
Studiert das Kind an einer (Fach-) Hochschule? (Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.)	ja von bis nein	ja von bis nein	ja von bis nein
Befindet sich das Kind derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung? (Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.)	ja von bis nein	ja von bis nein	ja von bis nein

8. Mehrbedarfe von Kindern

	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Name, Vorname			
Benötigt das Kind aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändigere Ernährung? (Bitte füllen Sie die Anlage MEB aus.)	ja nein	ja nein	ja nein
Hat das Kind eine Behinderung und erhält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben? (Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.)	ja nein	ja nein	ja nein
Ist das Kind erwerbsunfähig und hat einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „G“? (Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.)	ja nein	ja nein	ja nein
Hat das Kind einen unabweisbaren, laufenden, besonderen Bedarf? (Bitte füllen Sie die Anlage BB aus.)	ja nein	ja nein	ja nein
Ist das Kind schwanger? (Bitte legen Sie einen Nachweis über den voraussichtlichen Entbindungstermin vor.)	ja nein	ja nein	ja nein

9. Ansprüche gegenüber Dritten

Haben Sie oder andere zuvor genannte Personen für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder bezogen?

Ja, Name, Vorname der Person:

Welches Jobcenter?

Nein

Haben Sie oder andere zuvor genannte Personen andere Sozialleistungen beantragt?

Ja, Name, Vorname der Person:

Welche Sozialleistungen?

Nein

Haben Sie oder andere zuvor genannte Personen Ansprüche gegenüber einem (ehemaligen) Arbeitgebenden auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen?

Ja, Name, Vorname der Person:

Bei welchem Arbeitgebenden?

Nein

Haben Sie oder andere zuvor genannte Personen aufgrund eines Unfalls Ansprüche auf Schadensersatz oder Schmerzensgeld?

Ja, Name, Vorname der Person:

Nein

Haben Sie oder andere zuvor genannte Personen sonstige Forderungen gegen Dritte (z. B. Erbe, Schadensersatz, Außenstände)

Ja, Name, Vorname der Person:

Nein

10. Vermögen

Ab dem 1. Juli 2026 gilt für jede Person der Bedarfsgemeinschaft ein altersbedingter Freibetrag.

Personen bis zum 30. Lebensjahr = 5.000 Euro pro Person

Personen ab dem 31. Lebensjahr = 10.000 Euro pro Person

Personen ab dem 41. Lebensjahr = 12.500 Euro pro Person

Personen ab dem 51. Lebensjahr = 20.000 Euro pro Person

Ich und die Mitglieder meiner BG verfügen über verwertbares Vermögen (Konten, Depots, Bausparverträge, Kapitalversicherungen, Immobilien & Grundstücke etc.) ja nein

Das vorhandene Vermögen übersteigt in Summe die Vermögensfreibeträge meiner Bedarfsgemeinschaft
ja nein

Detaillierte Angaben nehmen Sie bitte in der Anlage „Vermögensverhältnisse – Selbstauskunft“ vor.

11. Weitere Personen im Haushalt

	Person 1	Person 2	Person 3
Name			
Vorname			
ggf. Geburtsname			
Geburtsdatum			
Verwandtschaftsverhältnis zu einer unter Ziffer 2 oder 5 genannten Person	von	von	von
Hat die Person Einkommen?	Erwerbseinkommen Rente Unterhalt BAföG Sonstiges nein	Erwerbseinkommen Rente Unterhalt BAföG Sonstiges nein	Erwerbseinkommen Rente Unterhalt BAföG Sonstiges nein
Erhalten Sie von der Person Geld oder Sachleistungen?	ja, Wert (in €): nein	ja, Wert (in €): nein	ja, Wert (in €): nein

12. Rechtliche Belehrung

Es wurde eine Betreuerin / ein Betreuer vom Betreuungsgericht bestellt

Aktenzeichen

Name, Vorname

Lebensbereiche

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe Merkblatt Grundsicherungsgeld). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 69-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für Grundsicherungsgeld nach dem SGB II erhoben. Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft mit der Rückforderung der zu viel gezahlten Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus.

Beachten Sie bitte, dass das Jobcenter im Wege des automatisierten Datenabgleichs Auskünfte bei Dritten, z. B. über Beschäftigungszeiten, Kapitalerträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten.

Bei Änderungen der Einkommenshöhe (z. B. Arbeitsentgelt) oder der Ausgaben einschließlich der Unterhaltszahlungen sind Sie bzw. die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft verpflichtet, diese unverzüglich mitzuteilen und entsprechende Nachweise vorzulegen.

Ich bestätige, dass diese Angaben richtig sind:

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

Ort, Datum

(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen
Vertreter/-in)

13. Zustimmung zur Kontaktaufnahme per E-Mail

Aufgrund von Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen im E-Mail-Verkehr ist es dem Jobcenter der Stadt Münster grundsätzlich untersagt, personenbezogene und dem Sozialdatenschutz unterliegende Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails zu versenden.

Für den Fall, dass Sie Ihren Schriftverkehr in Zukunft dennoch auch per E-Mail führen möchten, ist abweichend von den aktuellen Bestimmungen ein Versenden solcher Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mail zur dann zulässig, wenn von Ihnen eine unterschriebene Erklärung in Papierform vorliegt. Sie erhalten daher im Folgenden die Möglichkeit, eine solche Erklärung abzugeben:

Ich, _____, geboren am _____

stimme der Kommunikation des Jobcenters mit mir per E-Mail zu. Hierzu kann folgende E-Mail-Adresse verwendet werden:

Die Möglichkeit der Kommunikation umfasst den Informationsaustausch mit dem Jobcenter per E-Mail in meinen Angelegenheiten und in den Angelegenheiten der mit mir in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen, für die ich gemäß § 38 Abs. 1 Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) einen Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt habe.

Hinweis: Diese Erklärung gilt nicht für den Versand von Bescheiden. Rechtsverbindlich sind hier allein die Ihnen postalisch zugesandten schriftlichen Bescheide. Nur diese sind rechtsbehelfsfähig und vermögen Fristen in Lauf zu setzen.

Das Jobcenter weist darauf hin, dass die Nutzung digitaler Medien grundsätzlich Sicherheitsrisiken unterliegt, welche vom Jobcenter nicht beeinflusst werden können. Mir ist bekannt, dass diese Kommunikation nicht sicher ist und eventuell durch Dritte eingesehen und manipuliert werden kann. Das Risiko, dass dadurch Sachverhalte in Bezug auf die Angelegenheiten nach dem SGB II unbefugten Dritten bekannt und von diesen verwertet werden können, ist mir bewusst.

Die Zustimmung gilt für sämtliche E-Mails, die an die oben angegebene E-Mail-Adresse gesandt werden, solange Ihr Widerruf nicht schriftlich angezeigt worden ist.

Unabhängig von dieser Erklärung liegt die Entscheidung über die Art des Kommunikationswegs (z. B. E-Mail oder Briefpost) beim Jobcenter.

Ort, Datum

Unterschrift

14. Zustimmung zur Teilnahme an Kundenzufriedenheitsumfragen (freiwillig)

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Daher bedient sich das Jobcenter der Stadt Münster eines externen Dienstleisters, der jährlich zweimal eine zufällig ausgewählte Gruppe von Kundinnen und Kunden des Jobcenters Münster befragt. Hierzu wird ein standardisierter Fragenkatalog zu bestimmten Aspekten der Leistungen des Jobcenters verwendet.

Übermittelte Daten

An den Dienstleister werden nur Ihr Vor- und Nachname sowie eine Telefonnummer übermittelt. Die Datenübermittlung erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Teilnahme an der o. g. Kundenzufriedenheitsumfrage. Eine Weitergabe an sonstige Dritte oder eine Verwendung der übermittelten Daten für andere Zwecke als die Kundenzufriedenheitsumfrage findet nicht statt.

Einwilligung

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie grundsätzlich bereit sind, zukünftig an Kundenzufriedenheitsumfragen des Jobcenters Münster teilzunehmen und willigen hiermit in die Übermittlung Ihrer o. g. Daten an das durchführende Unternehmen ein.

Widerruf

Sie haben die Möglichkeit, jederzeit Ihre Zustimmung zur Teilnahme an Kundenzufriedenheitsumfragen des Jobcenters Münster schriftlich zu widerrufen. Die Zustimmung gilt, solange Ihr Widerruf nicht schriftlich angezeigt worden ist.

Hiermit stimme ich der Teilnahme an Kundenzufriedenheitsumfragen zu.

Ort, Datum	Nachname, Vorname (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)	Unterschrift
Ort, Datum	Nachname, Vorname (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)	Unterschrift
Ort, Datum	Nachname, Vorname (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)	Unterschrift