



Bahnhofstr. 49/51
36341 Lauterbach

**Antrag auf Leistungen zur Sicherung des
Lebensunterhaltes nach dem Zweiten Buch
Sozialgesetzbuch (SGB II)
- Arbeitslosengeld II/Sozialgeld –
Claim for benefits to secure a
Livelihood under Book II of the
Social Code (SGB II)
- Unemployment benefit II/Social benefit -**

**Anlage Kinder
Annex children**

**1. Antrag stellende Person als Vertretung der Bedarfsgemeinschaft
Claimant as a representative of the benefit community**

Vorname: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____
First name Surname Date of birth
Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Wohnort: _____
Street, house number Post code, town or city

**2. Persönliche Daten der unverheirateten Kinder unter 25 Jahren in Bedarfsgemeinschaft
Personal data regarding the unmarried children under 25 in the benefit community**

Personendaten Personal data	Kind unter 25 Child under 25	Kind unter 25 Child under 25	Kind unter 25 Child under 25
Name Surname			
Vorname First name			
Geschlecht Gender	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w m f	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w m f	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w m f
Geburtsdatum Date of birth			
ggf. Geburtsname Name at birth			
Geburtsort Place of birth			
Geburtsland Country of birth			
Ledig Single	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit Nationality			
Aufenthaltstitel gültig bis Residence permit valid until			
Kundennummer Agentur für Arbeit Customer number Employment agency			
Sozialversicherungs- Nummer Social security number			

3. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung Personal details for the payment of benefits

Angaben zur Person Details on the person	Kind unter 25 Child under 25	Kind unter 25 Child under 25	Kind unter 25 Child under 25
Sind Sie - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben? <i>(Angabe erforderlich ab 15)</i> Are you – in your estimation - capable of exercising an activity of at least three hours a day? <i>(Details required from 15)</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No Wenn nein, weil If not, because	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No Wenn nein, weil If not, because	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No Wenn nein, weil If not, because
Liegt ein Grad der Behinderung vor? Is there a degree of disability?	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ Yes DoD	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ Yes DoD	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ Yes DoD
Sind Sie Schüler/ Student? Are you at school/university	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No
Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung Have you completed vocational training	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No
Sind Sie in einer beruflichen Ausbildung? Are you in vocational training?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No

4. Sozialversicherung Social security

Kranken- und Pflegeversicherung Health and care insurance	Kind unter 25 Child under 25	Kind unter 25 Child under 25	Kinder unter 25 Child under 25
besteht In place	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No
Art der Versicherung Type of insurance	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung Statutory insurance <input type="checkbox"/> Familienversicherung Family insurance <input type="checkbox"/> freiwillig versichert voluntarily insured <input type="checkbox"/> privat versichert privately insured	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung Statutory insurance <input type="checkbox"/> Familienversicherung Family insurance <input type="checkbox"/> freiwillig versichert voluntarily insured <input type="checkbox"/> privat versichert privately insured	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung Statutory insurance <input type="checkbox"/> Familienversicherung Family insurance <input type="checkbox"/> freiwillig versichert voluntarily insured <input type="checkbox"/> privat versichert privately insured
Name und Sitz der Krankenkasse Name and address of the health insurance			

Versichertennummer Insurance number			
--	--	--	--

5. Mehrbedarf (diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, sofern Sie einen Mehrbedarf beanspruchen)
Additional benefit (this information is voluntary and only required if you are claiming an additional benefit)

Art des Mehrbedarfs Type of additional benefit	Kind unter 25 Child under 25	Kinder unter 25 Child under 25	Kind unter 25 Child under 25
bei Schwangerschaft: berechneter Entbindungstermin in the case of pregnancy: expected due date			
behinderter Mensch erhält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Eingliederungshilfen disabled person receives benefits to participate in working life or integration support	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No
nicht erwerbsfähig und Ausweis mit Merkzeichen G unfit for work and pass with G mark	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No
kostenaufwändige Ernährung aus medizinischen Gründen costly diet for medical reasons	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No

6. Einkommensverhältnisse (reicht der Platz für ihre Eintragungen nicht aus, machen Sie die Angaben bitte unter Punkt 9)
Income level (If there is insufficient space for the entries, please enter the details under item 9)

6.1 Kind hat Einkommen aus Child has income from	Kind unter 25 Child under 25	Kinder unter 25 Child under 25	Kind unter 25 Child under 25
<input type="checkbox"/> Kindergeld Child benefit	€	€	€
<input type="checkbox"/> Unterhalt / Unterhaltsvorschuss Maintenance / advance maintenance payments	€	€	€
Weiteres Einkommen Other income	€ _____ € _____	€ _____ € _____	€ _____ € _____
Kind hat Child has	<input type="checkbox"/> kein Einkommen no income	<input type="checkbox"/> kein Einkommen no income	<input type="checkbox"/> kein Einkommen no income

7. Beantragte Sozialleistungen, sonstige Ansprüche Dritten Social benefits claimed, other claims to third parties			
Art der Sozialleistung / Art des Anspruchs Type of benefit / type of claim	Kind unter 25 Child under 25	Kind unter 25 Child under 25	Kind unter 25 Child under 25
Es wurde Kindergeld / Kinderzuschlag beantragt Child benefit / children's allowance has been applied for	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No
Weitere Leistungen, die beantragt wurden? Other benefits that have been applied for?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No
Wenn ja, welche Leistung If so, what benefit bei welcher Stelle where Datum der Antragstellung Date of the application für die Zeit for the period	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

8. Vermögensverhältnisse (reicht der Platz für ihre Eintragungen nicht aus, machen Sie die Angaben bitte unter Punkt 9) Financial circumstances (If there is insufficient space for the entries, please enter the details under item 9)			
Vermögen Assets	Kind unter 25 Child under 25	Kind unter 25 Child under 25	Kind unter 25 Child under 25
Vorhandenes Bargeld über 100 Euro Cash over 100 Euro available	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No
Wenn ja, Betrag If so, amount	€ _____	€ _____	€ _____
Weiteres Vermögen z. B. Sparbücher, -konten, -briefe, Bausparverträge o. ä. Other assets e.g. savings books, accounts, bonds, building loan contracts	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Yes No
Wenn ja, aktuelles Guthaben/Wert/Summe If so, current credit/value/amount	€ _____ _____	€ _____ _____	€ _____ _____
Geldinstitut Financial institution	_____	_____	_____
IBAN IBAN	_____	_____	_____
Kind hat (ohne Girokonto) Child has (no current account)	<input type="checkbox"/> kein Vermögen no assets	<input type="checkbox"/> kein Vermögen no assets	<input type="checkbox"/> kein Vermögen no assets

9. Raum für weitere Angaben
Space for more information

10. Erklärung zur Vertretungsvermutung nach § 38 SGB II
Declaration on the presumption of representation under § 38 SGB II

Hiermit erkläre ich, dass die Antrag stellende Person als Mitglied der Bedarfsgemeinschaft berechtigt bzw. bevollmächtigt ist, in meinem Namen und für mich Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II) zu beantragen, für mich sämtliche Bescheide, die im Rahmen der Leistungen nach dem SGB II erlassen werden sowie Leistungen nach dem SGB II entgegenzunehmen und maßgebliche Rechtsbehelfe einzulegen.

I hereby declare that the applicant is entitled or authorised as a member of the benefit community to apply in my name and for me for benefits under the Social Code II (SGB II), and receive for me any decisions passed in the context of benefits under SGB II and benefits under SGB II and exercise any relevant legal remedies.

Durch diese Erklärung werde ich nicht von meiner Verpflichtung entbunden, sicherzustellen, dass der KVA alle Änderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen oder sonstigen für die Entscheidung über SGB II Leistungen maßgeblichen Tatsachen und Änderungen unverzüglich mitgeteilt und die erforderlichen Unterlagen eingereicht werden.

This declaration does not release me from my obligation to ensure that the health insurance is notified immediately of any changes in my personal and economic conditions or other facts and changes relevant to the decision on SGB II benefits and the required documents submitted.

Das Hinweisblatt für Leistungsbezieher nach dem SGB II habe ich erhalten. Diese Erklärung ist wirksam bis auf schriftlichen Widerruf für alle Verwaltungsverfahren im Zusammenhang mit den Leistungen nach dem SGB II.

I have received the bulletin for benefit recipients under SGB II. This declaration is effective until further notice for all administrative procedures related to the benefits under the SGB II.

Volljährige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres:
Adult children up to 25 years of age

Vorname
First name

Name
Surname

Unterschrift volljähriges Kind bis zur Vollendung
des 25. Lebensjahres
Signature adult child up to 25 years of age

Vorname
First name

Name
Surname

Unterschrift volljähriges Kind bis zur Vollendung
des 25. Lebensjahres
Signature adult child up to 25 years of age

Vorname
First name

Name
Surname

Unterschrift volljähriges Kind bis zur Vollendung
des 25. Lebensjahres
Signature adult child up to 25 years of age