

Kurzantrag auf Leistungen zur Grundsicherung (SGB II)



- nur für ukrainische Kriegsvertriebene -

Tag der Antragstellung	Abgabetermin	KJC Eingangsstempel	Der Antragsteller/Die Antragstellerin hat sich ausgewiesen durch
			Personalausweis Pass Sonstige Ausweispapiere

I. ALLGEMEINE DATEN DES ANTRAGSTELLERS/DER ANTRAGSTELLERIN

Familienname
Vorname
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort
Telefonnummer und E-Mail-Adresse

Bankverbindung (deutsches Girokonto des Antragstellers/der Antragstellerin)

Name Kontoinhaber	Kreditinstitut
BIC	IBAN

II. PERSÖNLICHE VERHÄLTNISSE

	des Antragstellers/der Antragstellerin Ich bin alleinstehend alleinerziehende(r) Mutter/Vater (1)	des Partners/der Partnerin des Antragstellers/der Antragstellerin, z.B. Ehegatte/-in, Partner/-in in eheähnlicher Gemeinschaft (2)
Name		
Vorname		
Geschlecht	männlich weiblich	männlich weiblich
Geburtsdatum		
Familienstand	ledig verheiratet seit _____ sonstiges seit _____	ledig verheiratet seit _____ sonstiges seit _____
Staatsangehörigkeit	_____	_____
	(sofern schon eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, diese bitte als Nachweis beifügen)	(sofern schon eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, diese bitte als Nachweis beifügen)
Fiktionsbescheinigung / Aufenthaltserlaubnis	vorhanden, Bitte beifügen! nein	vorhanden, Bitte beifügen! nein
Asylbewerberleistungen erhalten	ja, Aktenzeichen _____ nein	ja, Aktenzeichen _____ nein
abgeschlossene Berufsausbildung	ja, als _____ nein	ja, als _____ nein
Arbeit / Nebenjob in Deutschland? Name, Anschrift des aktuellen Arbeitgebers		
Behinderung	ja, welche _____ nein	ja, welche _____ nein
deutsche Krankenversicherung	ja, bei _____ Versichertennummer _____ nein, Sie können eine deutsche Krankenkasse wählen. Ich melde mich selbst an. Ich möchte vom Jobcenter bei einer deutschen Krankenkasse angemeldet werden.	ja, bei _____ Versichertennummer _____ nein, Sie können eine deutsche Krankenkasse wählen. Ich melde mich selbst an. Ich möchte vom Jobcenter bei einer deutschen Krankenkasse angemeldet werden.

III. PERSÖNLICHE VERHÄLTNISSE WEITERER PERSONEN IM HAUSHALT

Leben weitere Angehörige in der Bedarfsgemeinschaft? (z.B. Eltern, Kinder, Verwandte, etc.) ja nein
 (Sollten mehr als zwei weitere Angehörige in der Bedarfsgemeinschaft leben, füllen Sie bitte Zusatzblatt 4 aus.)

	(3)	(4)
Name		
Vorname		
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller		
Geschlecht	männlich weiblich	männlich weiblich
Geburtsdatum		
Familienstand	ledig verheiratet seit _____ sonstiges _____ seit _____	ledig verheiratet seit _____ sonstiges _____ seit _____
Staatsangehörigkeit	_____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, diese bitte als Nachweis beifügen)	_____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, diese bitte als Nachweis beifügen)
Fiktionsbescheinigung / Aufenthaltserlaubnis	vorhanden, Bitte beifügen! nein	vorhanden, Bitte beifügen! nein
Asylbewerberleistungen erhalten	ja, Aktenzeichen _____ nein	ja, Aktenzeichen _____ nein
abgeschlossene Berufsausbildung	ja, als _____ nein	ja, als _____ nein
Arbeit / Nebenjob in Deutschland-Name, Anschrift des aktuellen Arbeitgebers		
Behinderung	ja, welche _____ nein	ja, welche _____ nein
deutsche Krankenversicherung	ja, bei _____ Versichertennummer _____ nein, Sie können eine deutsche Krankenkasse wählen. Ich melde mich selbst an. Ich möchte vom Jobcenter bei einer deutschen Krankenkasse angemeldet werden.	ja, bei _____ Versichertennummer _____ nein, Sie können eine deutsche Krankenkasse wählen. Ich melde mich selbst an. Ich möchte vom Jobcenter bei einer deutschen Krankenkasse angemeldet werden.

IV. LEISTUNGEN FÜR BESONDERE MEHRBEDARFE

Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind:

Der Antragsteller/Die Antragstellerin oder ein Angehöriger innerhalb der Haushaltsgemeinschaft

ist alleinerziehende(r) Mutter/Vater.

ist schwanger. ⇒ Name, Vorname _____
 (Legen Sie bitte den Mutterpass/ärztliche Bescheinigung als Nachweis vor)

bedarf aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung.

V. WOHNVERHÄLTNISSE/KOSTEN DER UNTERKUNFT

Wohnen Sie in einer Gemeinschaftsunterkunft	ja nein
Wohnen Sie in einer vom Landkreis Leipzig angemieteten Wohnung	nein ja, Bitte Kostenbescheid beifügen
Wohnen Sie in einer anderen Wohnung, für die Ihnen Kosten entstehen	nein ja, Bitte Mietvertrag beifügen
In der Wohnung leben folgende Personen:	
Name, Vorname _____	Verwandtschaftsverhältnis _____
Name, Vorname _____	Verwandtschaftsverhältnis _____
Name, Vorname _____	Verwandtschaftsverhältnis _____
Name, Vorname _____	Verwandtschaftsverhältnis _____

Name, Vorname _____ Verwandtschaftsverhältnis _____
Name, Vorname _____ Verwandtschaftsverhältnis _____

VI. EINKOMMENSVERHÄLTNISSE DES ANTRAGSTELLERS/DER ANTRAGSTELLERIN UND DER IM HAUSHALT LEBENDEN WEITEREN PERSONEN

keine der aufgeführten Personen hat Einkommen

folgende Personen haben Einkommen (Einkommen aus Arbeit, Rente, Kapitalerträge o. ä), Bitte entsprechende Nachweise vorlegen (z.B. Verdienstbescheinigung, Rentenbescheid)

Name, Vorname _____ welches Einkommen _____

Name, Vorname _____ welches Einkommen _____

Name, Vorname _____ welches Einkommen _____

VII. VERMÖGENSVERHÄLTNISSE DES ANTRAGSTELLERS/ DER ANTRAGSTELLERIN UND DER IM HAUSHALT LEBENDEN WEITEREN PERSONEN

Meine Bedarfsgemeinschaft verfügt über erhebliches und sofort verfügbares Vermögen (Bargeld, Girokonto, Schmuck, Aktien u. a.) über 60.000 Euro sowie 30.000 Euro für jede weitere Person: ja nein

Sonstige Bemerkungen, Erläuterungen zum Antrag

Ich willige ein, dass die für eine mögliche Leistungsgewährung nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) benötigten Informationen vom Ausländeramt an das Kommunale Jobcenter Landkreis Leipzig übermittelt werden dürfen. Die Einwilligung kann durch Erklärung an das Kommunale Jobcenter Landkreis Leipzig z.B. per Mail an kjc-leistung@lk-l.de jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

ja nein

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

Datum _____

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin _____

Folgende Anlagen habe ich beigelegt:

Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an das Kommunale Jobcenter Landkreis Leipzig:

@ E-Mail Borna, Frohburg, Geithain, Kitzscher, Kohren-Sahlis, Regis-Breitingen → KJC-Borna@lk-l.de
Grimma, Bad Lausick, Belgershain, Colditz, Naunhof, Otterwisch, Parthenstein → KJC-Grimma@lk-l.de
Markkleeberg, Böhlen, Elstertrebnitz, Großpösna, Groitzsch, Markranstädt, Pegau, Rötha, Zwenkau → KJC-Markkleeberg@lk-l.de
Wurzen, Bennewitz, Borsdorf, Brandis, Lossatal, Machern, Thallwitz → KJC-Wurzen@lk-l.de

☒ Post Landratsamt Landkreis Leipzig, Kommunales Jobcenter, 04550 Borna

Wir bearbeiten jeden Antrag schnellstmöglich. Wenn wir Nachfragen zu Ihrem Antrag haben sollten, kontaktieren wir Sie. **Bitte warten Sie zuerst auf Ihren Bescheid, bevor Sie uns anrufen.**

Nur für **sehr dringende Rückfragen im Zusammenhang mit der Antragstellung nach dem SGB II in deutscher Sprache** können Sie sich an die Telefonnummer 03433 241 5575 wenden.

**Краткое заявление только для украинских беженцев
помощь в поддержку основного дохода после SGB II с упрощенным доступом**

заполняется органом власти

I ОБЩИЕ ДАННЫЕ ЗАЯВЛЯТЕЛЯ

фамилия
имя
улица, номер дома
почтовый индекс, место жительства
номер телефона и/или адрес электронной почты
Банковские реквизиты (немецкий текущий счет заявителя)
Имя владельца счета
BIC

**Перевод для информации - Нет формы заявки
Übersetzung zur Information - Kein Antragsformular**

кредитная организация
Номер IBAN

II. ЛИЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

	заявителя я холост мать/ отец -одиночка	напр. супруги, супружеский партнер
фамилия		
имя		
стать	мужской женский	мужской женский
дата рождения		
семейное положение	Одинокий/а Женат/ая из Другое из	Одинокий/а Женат/ая из Другое из
национальность	(если разрешение на работу уже предоставлено, пожалуйста, добавьте это как доказательство)	(если разрешение на работу уже предоставлено, пожалуйста, добавьте это как доказательство)
временный сертификат вид на жительство	пожалуйста, прикрепите, если есть нет	пожалуйста, прикрепите, если есть нет
получаемые льготы для соискателей убежища	да, номер дела	да, номер дела
профессиональное образование	да, кем нет	да, кем нет
работа / дополнительная работа неполный рабочий день Германии? Имя, адрес текущего работодателя		
инвалидность	да, какая нет	да, какая нет
немецкое медицинское страхование	Да, страховой номер Нет, Вы можете выбрать немецкую медицинскую страховую компанию. Я сама регистрируюсь. Я бы хотел/а, чтобы центр занятости зарегистрировал меня в немецкой медицинской страховой компании	Да, страховой номер Нет, Вы можете выбрать немецкую медицинскую страховую компанию. Я сам/а регистрируюсь. Я бы хотел/а, чтобы центр занятости зарегистрировал меня в немецкой медицинской страховой компании

III. ЛИЧНАЯ СИТУАЦИЯ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ В ХОЗЯЙСТВЕ

Живут ли другие родственники в обществе нуждающихся? (например, родители, дети, родственники и т.д.) да, нет
(Если более двух других родственников проживают в сообществе выплат, заполните дополнительный лист 4.)

фамилия	
имя	
Семейные отношения с заявителем	

далі рядки, як вище під II.

IV. ЛЬГОТЫ ДЛЯ ОСОБЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ

В определенных условиях услуги могут предоставляться для дополнительных нужд, не охватываемых стандартной услугой:

Заявитель или родственник в семье

есть мать/отец-одиночка

есть беременная.

Фамилия, имя

(Просьба предъявить карту материнства/медицинскую справку в качестве подтверждения)

требует дорогостоящего питания по медицинским показаниям.

V. РАСХОДЫ НА ПРОЖИВАНИЕ

Проживание в общем жилье/общежитии Да нет

Живете в квартире, арендуемой районом Лейпцига. нет

да, пожалуйста, предоставьте уведомление об оплате расходов!

Вы живете в другой квартире, за которую вы несете расходы, нет

Да, Пожалуйста, предоставьте договор аренды!

В квартире проживают следующие лица:

фамилия, имя

Семейные отношения в отношении заявителя

VI. ДОХОДЫ ЗАЯВЛЯТЕЛЯ И ДРУГИХ ЛЮДЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОМОХОЗЯЙСТВЕ

жоден із перерахованих осіб не має доходів

Наступні люди мають дохід (дохід від роботи, пенсію, приріст капіталу тощо), будь ласка, надайте відповідні докази (наприклад, довідку про заробіток, повідомлення про пенсію)

Фамилия, имя

какой доход

VII. ФИНАНСОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗАЯВЛЯТЕЛЯ И ДРУГИЕ ЛИЦА В ДОМОХОЗЯЙСТВЕ

Мое домохозяйство нуждается имеет значительные активы, доступные немедленно(наличные деньги, текущий счет, драгоценности, акции и т.д.) да нет

более 60 000 евро и 30 000 евро для каждого дополнительного лица:

Другие комментарии, пояснения к заявлению

Я соглашаюсь, что информация, необходимая для возможной помощи в соответствии со второй книгой Кодекса социального страхования (SGB II), может быть передана иммиграционной службой в городской центр занятости в районе Лейпцига. Согласие можно в любое время отозвать на будущее, отправив декларацию в иммиграционную службу, например, по электронной почте по адресу kjc-leistung@lk-l.de.

да нет

Я подтверждаю, что информация, которую я предоставила/в/ла, верна. Я сообщу Вам немедленно и без вопросов о каких-либо будущих изменениях, в частности о семье, доходах и финансовых обстоятельствах.

Я прикрепил/а следующие вложения:

Пожалуйста, отправьте заполненную и подписанную в городской центр занятости в районе Лейпцига:

Электронная почта

Борна, Фробург, Гайтайн, Кицшер, Корен-Сахлис, Регис-Брайтинген

♦ KJC-Borna@lk-l.de

Гримма, Бад-Лаусик, Бельгершайн, Кольдиц, Наунхоф, Оттервиш, Партенштейн

♦ KJC-Grimma@lk-l.de

Markkleeberg, Böhlen, Elstertrebnitz, Großrösna, Groitzsch, Markranstädt, Pegau, Rötha, Zwenkau

♦ KJC-Markkleeberg@lk-l.de

Вюрцен, Бенневиц, Борсдорф, Брандис, Лоссаталь, Махерн, Талвиц

♦ KJC-Wurzen@lk-l.de

По почте в городской центр занятости района Лейпцига, 04550 Борна

Мы обрабатываем любое заявление максимально быстро. Если у нас возникнут вопросы о Вашем заявлении, мы свяжемся с вами. Пожалуйста, дождитесь ответа, прежде чем звонить нам.

Вы можете обращаться только по телефону 03433 241 5575 для очень срочных запросов в связи с заявкой по SGB II на немецком языке.