

Solicitud principal Hauptantrag

Solicitud de prestaciones para asegurar
el sustento vital según el libro II de ley
social (SGB II)

Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts
nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)

Más informaciones
en las instruccio-
nes para rel-
lenar los formu-
larios (también en
español, ver web)

Marcar las
afirmaciones
correctas con
una cruz



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen
finden Sie in den beigefügten
Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie auch im Internet unter www.arbeitsagentur.de.

1. Meine persönlichen Daten Mis datos personales

1.1 Allgemein Datos generales

Anrede Tratamiento	Vorname Nombre
Familienname Apellido(s)	ggf. Geburtsname apellido de soltero/a (si se aplica)
Geburtsort Lugar de nacimiento	Geburtsdatum Fecha de nacimiento
Geburtsland País de nacimiento	Staatsangehörigkeit Nacionalidad
Rentenversicherungsnummer Nº de seguridad social ?	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt El nº de seguridad social se ha solicitado
Straße, Hausnummer Calle y nº (ej. Friedrichstr. 69)	
ggf. wohnhaft bei “viviendo con” / c/o (si se aplica)	
Postleitzahl Código postal	Wohnort Población
<p>► Die Angaben zur Telefonnummer und zur E-Mail-Adresse sind freiwillig. ? El tlf. y el e-mail son informaciones opcionales</p>	
Telefonnummer Nº de teléfono	E-Mail-Adresse Correo electrónico

1.2 Mein Familienstand Mi estado civil

Ich bin Estoy...	
<input type="checkbox"/> ledig soltero	<input type="checkbox"/> verheiratet casado
<input type="checkbox"/> geschieden seit divorciado desde el...	<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit viviendo separado/a desde el...
Meine gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft ist Mi unión de pareja de hecho está...	
<input type="checkbox"/> eingetragen registrada	<input type="checkbox"/> aufgehoben seit terminada desde el...

1.3 Meine Bankverbindung Mis datos bancarios

► SGB II-Leistungen werden in der Regel auf ein Konto überwiesen. **Las prestaciones del libro II de ley social se transfieren por norma general a una cuenta bancaria**

Kontoinhaberin/Kontoinhaber Propietario/a de la cuenta	Kreditinstitut Instituto bancario
BIC ?	El nº BIC y el IBAN se encuentran normalmente en sus extractos bancarios
► BIC und IBAN finden Sie in der Regel auf Ihrem Kontoauszug.	
IBAN ?	



2

HA

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Tag der Antragstellung

Kundennummer

Nummer der Bedarfsgemeinschaft

Dienststelle

Team

Eingangsstempel

Antragstellerin/Antragsteller hat sich
ausgewiesen durch

- Bundespersonalausweis
 Pass
 Sonstiges Ausweispapier

Handzeichen, Datum

Antrag vollständig am

Statistische Erfassung am

Arbeitsaufnahme am

Anlage EK/Einkommens-
bescheinigung ausgehändigt

Erste Lohn-/Gehaltszahlung am

Sonstiges (z. B. Schulausbildung/
Berufsausbildung/Studium) ab

Handzeichen, Datum

1.4 Meine persönlichen Angaben **Declaraciones personales**

Soy repatriado/a alemán/a tardío/a (2ª guerra mundial).

Ich bin **Spätaussiedlerin** bzw. **Spätaussiedler**. Ja Nein

Ich bin **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungs-** Ja Nein
gesetz. **Soy beneficiario/a según la ley de prestaciones a demandantes de asilo.**

▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor. **Por favor adjunte los comprobantes correspondientes.**

Ich bin – meiner Einschätzung nach – **gesundheitslich** in der Lage, Ja Nein
eine Tätigkeit von mindestens **drei Stunden täglich** auszuüben.

▶ Wenn Sie Nein angekreuzt haben, besteht für Sie möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen des SGB II. Sie können in diesem Fall Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen.

Estoy en un estado de salud apto –según estimo– para trabajar un mínimo de 3 horas diarias. Si Vd. ha tachado “no”, puede que no tenga derecho a las prestaciones del libro II de ley social (SGB II). En ese caso, puede solicitar prestaciones según el libro XII de ley social (SGB XII).

Ich bin **Schülerin** bzw. **Schüler**. Ja Nein **Soy alumno escolar.**

Dauer der Schulausbildung von - bis
Duración de la formación escolar desde el - hasta el

▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor. **Por favor presente un certificado válido.**

Schulbescheinigung

Ich bin **Studentin** bzw. **Student**. Ja Nein **Soy estudiante universitario.**

Dauer des Studiums von - bis
Duración de la carrera universitaria desde el - hasta el

▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor. **Por favor presente un certificado válido.**

Studienbescheinigung

Ich bin **Auszubildende** bzw. **Auszubildender**. Ja Nein **Soy aprendiz / realizo una formación profesional.**

Dauer der Ausbildung von - bis
Duración de la formación profesional desde el - hasta el

▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor. **Por favor presente un certificado válido.**

Ausbildungsvertrag

Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (z. B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). Ja Nein **Estoy o estaré próximamente en una institución estacionaria (ej. hospital, residencia 3ª edad, cárcel).**

Dauer der Unterbringung von - bis
Duración de la estancia desde el - hasta el

▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor. **Por favor presente un certificado válido.**

2. Personen in meiner Bedarfsgemeinschaft **Personas en mi comunidad perceptora**

▶ **Leben Sie allein, dann gehen Sie bitte zu Abschnitt 3.** Si vive solo/a, vaya al apartado 3.

Zu meiner Bedarfsgemeinschaft gehört/gehören ____ weitere Person/en. **A mi comunidad perceptora pertenecen __ personas más (ver instrucciones).**

Folgende Aussagen treffen auf meine Bedarfsgemeinschaft zu: **Las siguientes afirmaciones son ciertas en el caso de mi comunidad perceptora:**

▶ Hier sind Mehrfachnennungen möglich. **Se pueden marcar varias.**

Ich lebe zusammen mit meiner **Ehegattin**/meinem **Ehegatten**. Wir leben **nicht** dauernd getrennt. **Vivo junto a mi esposo/a. No vivimos separados permanentemente.**

Ich lebe zusammen mit meiner **eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerin**/meinem **eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner**. Wir leben **nicht** dauernd getrennt.

Vivo con mi pareja de hecho registrada del mismo sexo. No vivimos separados/as permanentemente.

Ich lebe mit meiner Partnerin/meinem Partner in einer **Verantwortungs- und Einste-hensgemeinschaft** („eheähnliche Gemeinschaft“).

Vivo con mi pareja en una unión de responsabilidad y compromiso mutuos (“comunidad similar al matrimonio”) - ver instr.

Ich lebe mit mindestens einem unverheirateten Kind unter 25 Jahren zusammen. **Vivo con un/a hijo/a soltero/a de menos de 25 años.**

Ich bin unter 25 Jahre alt und lebe mit meinen Eltern bzw. einem Elternteil zusammen. **Tengo menos de 25 años y vivo con mis padres o con uno de ellos/as.**

2.1 Persönliche Daten der weiteren Person/en meiner Bedarfsgemeinschaft **Datos personales de las demás personas de mi comunidad perceptora**

▶ Berücksichtigen Sie hier die Person/en, die außer Ihnen zur Bedarfsgemeinschaft gehört/gehören. Da Sie die Leistungen beantragen, wird davon ausgegangen, dass Sie auch die Vertretung Ihrer Bedarfsgemeinschaft übernommen haben. Dies gilt nicht mehr, wenn über 15-jährige Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Jobcenter erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen, z. B. durch eine eigene Antragstellung (§ 38 SGB II). Zu den nicht vertretenen Personen sind hier keine Angaben erforderlich.

Tenga en cuenta la/s persona/s que pertenecen a la comunidad perceptora aparte de Vd. Al pedir Vd. la prestación se asume que representa asimismo a su comunidad perceptora. Esto deja de aplicarse en el caso de que aquellos mayores de 15 miembros de su c.p. declaren al Jobcenter que quieren representar sus intereses por su cuenta, p.ej. mediante una solicitud propia (§ 38 SGB III). No es necesario dar datos aquí para las personas no representadas.

Bitte füllen Sie für jedes Kind unter 15 Jahren die **Anlage KI** und für alle anderen Personen, die Sie vertreten, jeweils die **Anlage WEP** aus. **Por favor rellene un anexo KI para cada menor de 15 años y un Anexo WEP para cada una de las otras personas a las que representa.**

Ich füge diesem Antrag ____ **Anlage/n KI** bei. **Adjunto __ Anexo(s) KI.**

Anlage KI

Ich füge diesem Antrag ____ **Anlage/n WEP** bei. **Adjunto __ Anexo(s) WEP.**

Anlage WEP

2.2 Meine Haushaltsgemeinschaft **Mi comunidad doméstica**

In meinem Haushalt wohnt/wohnen ____ weitere Person/en, die nicht zur Bedarfsgemeinschaft, jedoch zur Haushaltsgemeinschaft gehört/gehören.

▶ Bitte machen Sie Angaben zu Personen, mit denen Sie verwandt oder verschwägert sind, in der **Anlage HG**. Für alle anderen Personen, für die Sie keine Anlage KI oder WEP beifügen, füllen Sie bitte die **Anlage VE** aus.

En mi hogar viven __ personas que no pertenecen a la comunidad perceptora, pero sí a la comunidad doméstica (ver instrucciones).

Anlage HG

Anlage VE

3. Prüfung eines Mehrbedarfs **Comprobación de necesidades especiales**

Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten. Estos datos son voluntarios y sólo necesarios en caso de que solicite prestaciones por necesidades especiales.

Ich bin **alleinerziehend**. Soy padre/madre tutor/a único/a.

Ich bin **schwanger**. Estoy embarazada. P.f. adjunte un comprobante del que se pueda inferir la posible fecha del parto.

▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht. (?)

Ich benötige aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**. Necesito una alimentación costosa por razones médicas. (?)

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage MEB** aus. Por favor rellene el anexo MEB.

Anlage MEB

Ich habe eine **Behinderung und** erhalte **Tengo una discapacidad y recibo**

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) **oder** **prestaciones para la participación en la vida laboral según el § 33 del (SGB IX); o**
- sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes **oder** otras ayudas para la obtención de una plaza laboral
- Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). **ayudas para la inserción laboral según el § 54 apart. 1, cláusula 1, nº 1-3 del libro doce de ley social (SGB XII).**

▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor. (?) P.f. adjunte el certificado correspondiente.

Ich bin **nicht erwerbsfähig** und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G**. (?) No tengo capacidad para realizar un trabajo y poseo un carnet de acuerdo al § 69, apartado 5 del libro IX de ley social (SGB IX) con la referencia G.

▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor. (?) P.f. adjunte el certificado correspondiente.

Ich habe regelmäßig einen **unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarf**, den ich nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (z. B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern). (?) Tengo una necesidad periódica, inevitable, actual y no sólo excepcional que no puedo cubrir con ahorros o de cualquier otra manera (p. ej. costes para mantener contacto en el caso de padres separados).

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage BB** aus. Por favor rellene el anexo BB.

Anlage BB

4. Einkommen (?) **Ingresos**

Bitte füllen Sie für sich und ggf. für jede weitere Person Ihrer Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren jeweils die **Anlage EK** aus. Bei Einkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte **zusätzlich** die **Anlage EKS** aus.

5. Vermögen (?) **Patrimonio**

Bitte tragen Sie Angaben über die Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft in die **Anlage VM** ein. P.f. rellene los datos referentes a la situación patrimonial de todas las personas de la comunidad perceptora en anexo VM.

Anlage EK
 Anlage EKS

6. Vorrangige Ansprüche (?) **Derechos prioritarios**

6.1 Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit (?) **Derechos frente a la Agentur für Arbeit (agencia para el trabajo)**

▶ Wenn Sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) bereits beantragt haben, tragen Sie dies bitte in **Abschnitt 6.4** ein. Sollte das Arbeitslosengeld aktuell bereits bewilligt sein, tragen Sie dies in **Anlage EK Abschnitt 2** ein, auch dann, wenn eine Sperrzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben in **Abschnitt 6.1** machen.

▶ Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf Arbeitslosengeld bestehen könnte. Los siguientes datos sirven para comprobar si Vd. podría tener derecho al subsidio por desempleo (ALG

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung **En los últimos 5 años antes de esta solicitud...**

▶ Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor. Aquí se pueden nombrar varias cosas. P. f. adjunte los comprobantes correspondientes.

war ich **sozialversicherungspflichtig** beschäftigt. ...estuve empleado/a con obligación a cotizar a la seguridad social.

von - bis desde el - hasta el	Arbeitgeber empleador/a	Art der Tätigkeit tipo de actividad
von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit
von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit
von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit

war ich **selbständig** tätig. ...trabajé por cuenta propia.

von - bis
desde el - hasta el

Art der Tätigkeit **tipo de actividad**

habe ich **Wehr- oder Ersatzdienst** geleistet. **presté servicio militar o servicio (substitutorio) civil.**

habe ich **Angehörige gepflegt** (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)). **cuidé de familiares (definición de cuidados según el libro once de ley social (SGB XI))**

Si ya ha solicitado el subsidio de desempleo de acuerdo al libro 3 de ley social (SGB III) indíquelo p. f. en el apartado 6.4. Si el subsidio ya le ha sido concedido, p.f. indíquelo en el anexo EK, apartado 2., también si ésta se encuentra bloqueada. En ambos casos, Vd. no debe rellenar este apartado 6.1.

<input type="checkbox"/> habe ich Entgeltersatzleistungen erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)). ...he recibido prestaciones substitutorias de remuneración (p. ej. subsidio por enfermedad, subsidio de desempleo según el libro III de ley social (SGB III) (ALG I).		
von - bis desde el - hasta el	Behörde organismo	Leistung prestación (tipo)
von - bis	Behörde	Leistung

6.2 Ansprüche gegenüber Arbeitgebern Reclamaciones a empleadoras/es

<input type="checkbox"/> Ich erhebe Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (z. B. bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (z. B. bei noch ausstehenden Abfindungen).	
Arbeitgeber Empleador/a	Anschrift Dirección postal
Grund Motivo	
Gericht Juzgado	Aktenzeichen Referencia (nº de acta)
P. f. indique el juzgado donde está pendiente la demanda y la localidad del mismo.	
▶ Bitte geben Sie den Namen und den Ort des Gerichtes an, bei dem die Klage anhängig ist.	

Estoy reclamando derechos a un/a (antiguo/a) empleador/a por pagos de salario o sueldo incumplidos (p. ej. por insolvencia del/ de la empleador/a) o por plazos tras el cese (p. ej. por compensaciones aún pendientes).

6.3 Ansprüche gegenüber Dritten Reclamaciones a terceros

<input type="checkbox"/> Ich lebe bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner lebt getrennt von der Ehegattin/dem Ehegatten bzw. der eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerin/dem eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH1 aus. P. f. rellene el anexo UH1.	
<input type="checkbox"/> Ich bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner war bereits verheiratet und diese Ehe wurde geschieden bzw. diese eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH1 aus. P. f. rellene el anexo UH1.	
<input type="checkbox"/> Ein nicht verheiratetes/nicht in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft lebendes Mitglied meiner Bedarfsgemeinschaft ist schwanger oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren und kann deshalb nicht arbeiten. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH2 aus. P. f. rellene el anexo UH2.	
<input type="checkbox"/> Eine Person in meinem Haushalt ist Una persona en mi hogar (ver instr.) tiene <ul style="list-style-type: none"> unter 18 Jahre alt bzw. menos de 18 años, o zwischen 18 und 24 Jahre alt und macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen. entre 18 y 24 años y realiza una formación escolar o profesional, o quiere cimenzar una en breve. Ein Elternteil dieser Person lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft. Uno/a de los padres/las madres de esta persona vive fuera de la comunidad perceptora. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH3 aus. P. f. rellene el anexo UH2.	
<input type="checkbox"/> Ich bin Yo tengo <ul style="list-style-type: none"> unter 18 Jahre alt bzw. menos de 18 años, o zwischen 18 und 24 Jahre alt und mache eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen. entre 18 y 24 años y realiza una formación escolar o profesional, o quiere cimenzar una en breve. Ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft. Uno/a de los padres/las madres de esta persona vive fuera de la comunidad perceptora. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH4 aus.	
<input type="checkbox"/> Ich habe einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung). Ich bin deshalb hilfebedürftig geworden. he sufrido un daño de salud (p. ej. por un accidente de trabajo, tráfico, de juego o deporte, un fallo médico o un altercado). Por ello estoy en situación de dependencia. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UF aus. P. f. rellene el anexo UF.	
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Anspruch gegenüber Dritten (z. B. aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen). Tengo una reclamación a terceros pendiente (p. ej. por reclamaciones de pagos según contrato o reclamaciones de compensación de daños).	
Bezeichnung des Anspruchs Descripción de la reclamación	
▶ Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach. P.f. demuestre la reclamación mediante los documenteos correspondientes.	

Vivo / mi pareja actual vive separado/a del cónyuge / de la pareja de hecho del mismo sexo registrada.

Anlage UH1

Yo / mi pareja actual estuve/o casado/a y ese matrimonio / esa unión de hecho fue anulado/a.

Anlage UH1

Un/a miembro de mi comunidad perceptora que no está casado/a ni es parte de una pareja de hecho del mismo sexo registrada está embarazada o tiene a su cargo un/a menor de 3 años y por ello no puede

Anlage UH2

Anlage UH3

Anlage UH4

Anlage UF

6.4 Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen ?

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Ich habe schon andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)) **beantragt** oder **beabsichtige, einen Antrag zu stellen**.
 ▶ Bitte tragen Sie die Leistungsart sowie die weiteren Angaben dazu unten ein.
 P. f. indique el tipo de prestaciones así como los demás datos debajo.

Für ein Kind unter 15 Jahren wurden andere Leistungen beantragt oder es ist beabsichtigt, einen entsprechenden Antrag zu stellen.
 Se han solicitado o se piensan solicitar otras prestaciones para un/ niño/a menor de 15 años.

Leistungsart Tipo de prestación	Sozialleistungsträger/Familienkasse Organismo de seguridad social (ej. Agentur für Arbeit) / caja de familia
Antragsdatum Fecha de solicitud	Leistungen beantragt ab Prestaciones solicitadas a partir
Name des Kindes (bei Leistungen für ein Kind unter 15 Jahren) Nombre del/ de la niño/a (para prestaciones para un niño menor de 15 años)) P. f. muestre un comprobante si ya se decidió sobre su solicitud.	

▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, sofern schon über Ihren Antrag/Ihre Anträge entschieden wurde.

Ya he solicitado o pienso solicitar otras prestaciones (p. ej. dinero para la vivienda, subsidio de paro según el libro III de ley social (SGB III) (ALG I)).

7. Kranken- und Pflegeversicherung ? Seguro de salud y seguro de cuidados

7.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Seguro obligatorio en el sistema de sanidad 'pública' (Barmer, AOK, TK y demás)

Ich bin in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflichtversichert.
 Tengo un seguro de salud obligatorio en el sistema de sanidad 'pública'

Name der Krankenkasse Nombre de la aseguradora	Sitz der Krankenkasse Sede de la aseguradora	Krankenversicherternummer Nº de asegurado/a	P. f. adjunte un certificado de inscripción u otro comprobante de su seguro de la aseguradora. También puede mostrar su tarjeta de asegurado actual o la tarjeta de salud electrónica.
---	---	--	--

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor. Ersatzweise können Sie auch Ihre gültige Krankenversichertenkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte vorlegen.

▶ Nachfolgende Angaben sind erforderlich, um eine Familienversicherung zu prüfen. ? Los siguientes datos son necesarios para comprobar si existe un seguro de familia.

Meine getrennt lebende Ehegattin/mein getrennt lebender Ehegatte bzw. meine getrennt lebende eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerin/mein getrennt lebender eingetragener gleichgeschlechtlicher Lebenspartner ist **gesetzlich pflicht-** oder **freiwillig versichert**.
 Mi cónyuge / mi pareja de hecho registrada del mismo sexo que vive separada/o tiene un seguro de salud 'público' obligatorio o voluntario.

▶ Bitte füllen Sie Abschnitt 7.2 aus. P. f. rellene el apartado 7.2.

Ich bin **jünger als 25 Jahre** und meine Mutter/mein Vater ist **gesetzlich pflicht-** oder **freiwillig versichert**.
 Tengo menos de 25 años y mi madre / mi padre tiene un seguro de salud 'público' obligatorio o voluntario.

▶ Bitte füllen Sie Abschnitt 7.2 aus. P. f. rellene el apartado 7.2.

7.2 Familienversicherung ? Seguro familiar

Ich bin in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** familienversichert bei meiner/meinem
 Estoy en un seguro de familia de una aseguradora 'pública' con mi...

<input type="checkbox"/> Ehegattin/Ehegatten cónyuge	<input type="checkbox"/> eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner/in pareja de hecho del mismo sexo registrada
<input type="checkbox"/> getrennt lebenden Ehegattin/Ehegatten cónyuge que vive separado/a	<input type="checkbox"/> getrennt lebenden eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner/in pareja de hecho del mismo sexo registrada que vive separada
<input type="checkbox"/> Mutter/Vater madre/ padre	<input type="checkbox"/>

Familienname Apellido(s)	Vorname Nombre
-----------------------------	-------------------

Geburtsdatum Fecha de nacimiento	Name der Krankenkasse Nombre de la aseguradora	Sitz der Krankenkasse Sede de la aseguradora
-------------------------------------	---	---

Krankenversicherternummer (falls bekannt) Nº de asegurado/a (si se conoce)

Seguro de salud y cuidados privado, 'público' voluntario o sin seguro.

7.3 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin **privat** oder **freiwillig gesetzlich versichert**.
 Estoy asegurado/a de manera privada o 'pública' voluntaria.
 P. f. rellene el anexo SV, apartado 2.
 ▶ Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 2 aus.

Ich bin **nicht versichert**.
 No estoy asegurado/a.
 P. f. rellene el anexo SV, apartado 3.
 ▶ Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 3 aus.

Anlage SV

7.4 Zusatzbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung ?

Contribución adicional al seguro de salud 'público'.
 Cuantía mensual en Euros

Ich zahle einen Zusatzbeitrag.
 Estoy pagando una prima adicional.
 ▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor. P. f. adjunte un comprobante.

8. Kosten der Unterkunft und Heizung **Costes del alojamiento y de la calefacción**

Mir entstehen Kosten für Unterkunft und Heizung. **Tengo que hacer frente a costes por el alojamiento y la calefacción.**
▶ Bitte füllen Sie die Anlage KDU aus. **P. f. rellene el anexo KDU.**

Anlage KDU

9. Antragstellung ab einem späteren Zeitpunkt **Solicitud a partir de un momento posterior**

Ich beantrage Leistungen nach dem SGB II erst mit Wirkung zum _____ **Solicito prestaciones según el libro III de ley social a partir del _____.**

Beachten Sie bitte, dass Ihr Antrag in der Regel auf den Ersten des Monats zurückwirkt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II) und Sie deshalb Angaben – insbesondere zum Zufluss von Einkommen – für den kompletten Monat Ihrer Antragstellung machen müssen. Sie haben jedoch auch die Möglichkeit, die Leistungen erst ab einem bestimmten Zeitpunkt zu begehren. Eine abweichende Bestimmung mit Wirkung für die Zukunft ist nur ab dem Ersten eines nachfolgenden Monats möglich.

P. f. tenga en cuenta que su solicitud tiene efecto desde el primer día del mes en el que la entrega (§ 37, aptdo. 2, cláusula 2 del libro II de ley social (SGB II) y que por ello Vd. debe indicar datos -sobre todo los que se refieren al volumen de ingresos- teniendo en cuenta el mes completo. Sin embargo, tiene también la opción de solicitar las prestaciones a partir de un determinado momento, teniendo en cuenta que si es en el futuro, sólo es posible a partir del día 1 del mes siguiente. Estos datos están sometidos a secreto social (ver hoja informativa sobre el SGB II). Sus datos serán recabados en base a los apartados 60-65 del libro uno de ley social I (SGB I) y 67a, b, c del libro diez de ley social (SGB X) para las prestaciones recogidas en el SGB II. Vd. ha declarado actuar como el/la representante de su comunidad perceptora. También los datos de las/los miembros de su comunidad perceptora tienen que estar completos y correctos. En el caso de dar datos falsos o incompletos, o de no comunicar cambios en los mismos lo antes posible, Vd. y los miembros de su comunidad perceptora han de contar con que se les reclamen las prestaciones ofrecidas en exceso; además, se expone al peligro de un proceso administrativo o penal.

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

Sie haben erklärt, als Vertreterin/Vertreter Ihrer Bedarfsgemeinschaft zu handeln. Auch die Angaben der Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft müssen vollständig und richtig sein.

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.

P.f. tenga en cuenta que el Jobcenter recaba e utiliza de terceros informaciones sobre p. ej. tiempos de trabajo, rentas del capital, prestaciones de los seguros públicos de pensiones y de accidentes o prestaciones para el fomento del empleo. Por ello, p. f. asegúrese de que los miembros de su comunidad perceptora estén informados de su deber de colaborar y de que obtengan todas las informaciones necesarias (como p.ej. decisiones administrativas)

Ich habe das Merkblatt "SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)" und die Ausfüllhinweise erhalten und kenne deren Inhalt. Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Hé leído la nota "SGB II - seguridad

Se ha convocado a un/a tutor/a por el tribunal de cuidados de salud mental.

Es wurde eine Betreuerin/ein Betreuer vom **Betreuungsgericht** bestellt.
▶ Legen Sie bitte einen Nachweis über die Betreuung vor.
P. f. adjunte un comprobante sobre la supervisión.
Aktenzeichen **Referencia (nº de acta)**

financiera básica para demandantes de empleo (Subsidio de desempleo II / 'Dinero social')

y las instrucciones para rellenar el formulario y conozco su contenido. Indicaré futuros cambios (en particular en lo referente a la situación familiar, los ingresos, el patrimonio y la capacidad de trabajar) por iniciativa propia y sin demora.

Die Betreuung gilt für folgende Lebensbereiche:
La supervisión abarca los siguientes ámbitos vitales:

Ort/Datum Lugar/Fecha	Unterschrift Betreuerin/Betreuer Firma del/ de la supervisor/a
------------------------------	---

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind. Confirmo que los datos son correctos.

Ort/Datum Lugar/Fecha	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller Firma del/de la solicitante
------------------------------	---

Ort/Datum Lugar/Fecha	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller Firma del/de la representante legal del/de la solicitante menor de edad
------------------------------	---

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:
Confirmo que los cambios y anotaciones realizados por mí o por las/los trabajadoras/es del Jobcenter en los siguientes apartados son correctos:

Ort/Datum Lugar/Fecha	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller Firma del/de la solicitante
------------------------------	---

Ort/Datum Lugar/Fecha	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller Firma del/de la representante legal del/de la solicitante menor de edad
------------------------------	---

Kassenvermerke

Festgestellt
Handzeichen, Datum

Angeordnet
Handzeichen, Datum

Formular drucken

Formular zurücksetzen