

Aktenzeichen:	Eingangsstempel	Bearbeitungsvermerke: (wird vom JC ausgefüllt) <input type="checkbox"/> Antragsteller/in hat sich ausgewiesen. <input type="checkbox"/> Eingang per Post. <input type="checkbox"/> Sonstige Bemerkungen:
Ende des laufenden Bewilligungszeitraums:		

Hinweis:

Persönliche Vorsprachen sind nur mit Termin möglich. Zur Terminvereinbarung können Sie den QR-Code scannen oder folgende Website besuchen: <https://erlangen.de/aktuelles/jobcenter-digitale-serviceleistungen>.

Es wurde eine Hotline unter 09131/86 - 2444 eingerichtet, die zu folgenden Zeiten besetzt ist:

Montag 13:00 Uhr - 16:00 Uhr
 Dienstag, Donnerstag & Freitag 9:00 Uhr - 12:00 Uhr



Hinweis:

Es sind **alle Fragen** des Antrages zu beantworten. Falls Sie für Ihre Antworten mehr Platz benötigen, als im Formular vorgesehen ist, verwenden Sie bitte ein zusätzliches Blatt Papier und fügen Sie es dem Antrag bei.

Bitte beantragen Sie die Leistungen für Bildung und Teilhabe für jedes Kind gesondert!

Die erforderlichen Anträge stehen Ihnen im Internet unter www.erlangen.de, Dienstleistungen von A-Z, Bildung und Teilhabe, zum Download bereit.

Hinweis:
! Der Weiterbewilligungsantrag sollte ca. 6 Wochen vor Ende des Gewährungszeitraumes gestellt werden !

1. Allgemeine Angaben des Antragsstellers/der Antragstellerin	
Name, Vorname	Geburtsdatum:
Straße/Hausnummer, PLZ, Wohnort; ggf. bei	Freiwillige Angabe: Telefonnummer
Name der Bank:	BIC:
IBAN:	
☞ Die gültige BIC und IBAN können Sie Ihren aktuellen Kontoauszügen entnehmen.	

2. Angaben zur Bedarfsgemeinschaft	
2.1 Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft	
☞ Ehegatte, eingetragener Lebenspartner/in, Partner in Einstehensgemeinschaft, ledige Kinder unter 25 Jahren	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Name, Vorname:	Geburtsdatum:

2.2. Leben weitere Personen, als die unter Ziffer 2. angegebenen Personen im Haushalt/in der Wohnung?
☞ Eltern, Großeltern, Kinder über 25 Jahren, Verwandte oder Verschwägerter, sonstige Personen

Ja, (bitte Personendaten angeben) Nein

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Verhältnis:
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Verhältnis:
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Verhältnis:

2.3 Mehrbedarfe

Benötigen Sie Mehrbedarfe? ja nein

Art des Mehrbedarfs	Alleinerziehung	Schwangerschaft (Entbindungstermin angeben)	Kostenaufwändige Ernährung (vom Arzt bestätigt)	Unabweisbarer, laufender, besonderer Bedarf wegen (z.B. Lernmittel, Umgangskontakte etc.)
Name, Vorname:				
Name, Vorname:				

☞ bitte legen Sie aktuelle Belege vor; insbesondere das Formblatt „Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer kostenaufwändigen Ernährung“ von Ihrem Arzt ausgefüllt; Nachweise und Vereinbarungen zur Wahrnehmung des Umgangsrechts

3. Kosten der Unterkunft und Heizung

3.1. Haben sich im letzten Bewilligungsabschnitt Änderungen bei den Kosten der Unterkunft und Heizung ergeben oder sind Ihnen künftige Änderungen bereits bekannt (Mieterhöhungsverlangen)?

Ja Nein
Wenn ja, bitte Änderung angeben: _____

☞ Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise vor (z.B. Mieterhöhungsschreiben, bei Wohneigentum: letzter Darlehensjahreskontoauszug)

3.2. Haben Sie im letzten Bewilligungsabschnitt eine Nebenkosten/Betriebskosten und/oder Heizkostenabrechnung erhalten? (Bei Eigentum: Abrechnung Müll, Wasser, Kanal, Versicherungen usw.)

Ja Nein
☞ Wenn ja, Abrechnung liegt bereits vor Abrechnung ist beigelegt

3.3 Bestehen Miet- und/oder Energierückstände?

Ja Nein ☞ Wenn ja, bitte Nachweise beifügen.

4. Einkommensverhältnisse

4.1 Haben oder erwarten Sie oder ein weiteres Mitglied der Bedarfsgemeinschaft laufende Einnahmen aus dem In- oder Ausland? Oder haben Sie eine der genannten Leistungen beantragt?

Name, Vorname:		
Arbeitslohn/ Gehalt (auch Aushilfstätigkeit, Minijob, gemeinnützige/ ehrenamtliche Tätigkeit/ Aufwandsentschädigung) Verdienstnachweis über das Einkommen der letzten 3 Monate sowie Urlaubs- und Weihnachtsgeld oder ähnliche/ sonstige Zuwendungen Hat sich dieses Einkommen in den letzten 3 Monaten geändert oder wird es sich absehbar mindern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Arbeitgeber:
		Arbeitgeber:
Einkommen aus selbständiger Tätigkeit Hat sich dieses Einkommen in den letzten 3 Monaten geändert oder wird es sich absehbar mindern? Ist das Einkommen vorübergehend: <input type="checkbox"/> ganz weggefallen oder <input type="checkbox"/> hat es sich vermindert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Arbeitslosengeld (Agentur für Arbeit)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Kurzarbeitergeld (Agentur für Arbeit) (ggf. wurde dies von Ihrem Arbeitgeber beantragt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Insolvenzgeld (Agentur für Arbeit)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Krankengeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Aufwandsentschädigung für gemeinnützige ehrenamtliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Trinkgeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Vermietung/ Verpachtung (z.B. Stellplatz)/ Untervermietung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
BAföG (Bundesausbildungsförderung) AFBG (Aufstiegsfortbildungsförderung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ausbildungsgeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rente (Alters-, Witwen/r-, Halb-, Waisen-, Erziehungsrente)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rente wegen Erwerbsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ausländische Rente/ Betriebsrente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Kindergeld/ Kinderzuschlag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Unterhalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Unterhaltsvorschussleistungen (UVG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Elterngeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Pflegegeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Leistungen nach dem SGB XII - Sozialhilfe - (Wohngeld/ Lastenzuschuss)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige Einnahmen (z.B. Ebay-Verkäufe, Zinsen, o.ä.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
☞ Wenn ja, <input type="checkbox"/> Nachweise liegen bereits vor <input type="checkbox"/> Nachweise sind beigelegt		

4.2 Sind Ihnen oder den Mitgliedern der Bedarfsgemeinschaft im letzten Bewilligungszeitraum einmalige Einnahmen zugeflossen oder werden welche erwartet?

Steuererstattung (z.B. Einkommenssteuer)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name, Vorname:
Erbschaft/ Vermächtnis (auch Sachwerte wie Häuser und Grundstücke)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name, Vorname:
Abfindung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name, Vorname:
Sonstiges (z.B. aus Glücksspiel, Überbrückungsgeld, Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Zinsen, Zugewinnausgleich o.ä.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name, Vorname:
☞ Wenn ja, <input type="checkbox"/> Nachweise liegen bereits vor <input type="checkbox"/> Nachweise sind beigelegt		

4.3 Sonstige bestehende Ansprüche ☞ Bitte Nachweise beifügen

Haben Sie derzeit Anträge auf Sozialleistungen gestellt, über die noch nicht entschieden wurde?
(z.B. Arbeitslosengeld I, Kurzarbeitergeld, Elterngeld, Kindergeld, Renten, Insolvenzgeld, Krankengeld, Asylbewerberleistungen, Wohngeld, Kinderzuschlag, Berufsausbildungsbeihilfe (BAB), Bundesausbildungsförderung (BAföG), usw.)

Nein Ja Art der Leistung: _____ Behörde und Aktenzeichen: _____

Nein Ja Art der Leistung: _____ Behörde und Aktenzeichen: _____

Nein Ja Art der Leistung: _____ Behörde und Aktenzeichen: _____

Nein Ja Art der Leistung: _____ Behörde und Aktenzeichen: _____

Haben Sie einen Antrag auf Entschädigung wegen Verdienstaufschlag nach §§ 56 Infektionsschutzgesetz (IfSG) beim Bezirk Mittelfranken gestellt, da Sie unter Quarantäne gestellt wurden und keine anderen Ansprüche auf Lohnersatzzahlungen haben? (Vor allem für Selbstständige relevant)

Nein Ja

Hätten Sie voraussichtlich einen Anspruch auf Entschädigung, da Sie betroffen sind? Nein Ja

Wenn ja, wer ist der/die Betroffene (Name, Vorname): _____

Haben Sie einen Antrag auf Entschädigung wegen Verdienstaufschlag nach §§ 56 Infektionsschutzgesetz (IfSG) beim Bezirk Mittelfranken gestellt, da Sie Kinder unter 12 Jahren betreuen mussten und deshalb einen Verdienstaufschlag erlitten haben bzw. erleiden? (Ein Anspruch besteht nur, wenn keine Notbetreuung möglich ist, kein Kurzarbeitergeld bezogen wird, keine anderen Arbeitszeiten unter anderem im Home-Office möglich sind und keine andere Kinderbetreuung möglich ist.)

Nein Ja

Wenn ja, wer ist der/die Betroffene (Name, Vorname): _____

4.4 Zahlen Sie oder ein Mitglied Ihrer Bedarfsgemeinschaft:

Beiträge zu vorgeschriebenen Versicherungen (Kfz-Haftpflicht – nur Basisschutz, Berufshaftpflicht)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ☞ Bitte aktuelle Nachweise beifügen, falls hier noch nicht bekannt
Geförderte Altersvorsorge (z.B. Riesterrente,...)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ☞ Bitte aktuelle Nachweise beifügen, falls hier noch nicht bekannt

4.5 Berufsbedingte Aufwendungen		
	Name, Vorname: Anschrift des Arbeitgebers:	Name, Vorname: Anschrift des Arbeitgebers:
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> eigener Pkw.	Fahrtkosten _____ € <i>einfache</i> Fahrstrecke zum Arbeitsplatz _____ km Arbeitstage/Woche:	Fahrtkosten _____ € <i>einfache</i> Fahrstrecke zum Arbeitsplatz _____ km Arbeitstage/Woche:
Wird das eigene Auto während der Arbeit dienstlich genutzt und erfolgt eine Abrechnung des Kilometergeldes seitens des Arbeitgebers (z.B. bei Pflegediensten/ Haushaltsdiensten)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, legen Sie entsprechende Nachweise/ Zusatzvereinbarungen vor.		
Arbeitsmittel:	Was:	Was:
	Betrag:	Betrag:
Unterhaltszahlungen: - Laufender Unterhalt - Unterhaltsschulden ☞ Unterhaltstitel vorlegen doppelte Haushaltsführung, Mehraufwendung Verpflegung, sonstiges:	Was:	Was:
	Betrag:	Betrag:

5. Vermögensverhältnisse
<p><u>Erklärung zur Erheblichkeit des Vermögens:</u> (Für <u>jede Person</u> Ihrer Bedarfsgemeinschaft muss die Erklärung abgegeben werden!)</p> <p>Leistungen nach dem SGB II werden nur bewilligt, wenn das vorhandene Vermögen der Bedarfsgemeinschaft nicht erheblich ist. <u>Während</u> einer einjährigen Karenzzeit (→ beginnt mit dem Bezug von Leistungen nach dem SGB II) ist für den/die Antragsteller*in verwertbares Vermögen von insgesamt mehr als 40.000 €, für die weiteren Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft von insgesamt mehr als je 15.000 € erheblich.</p> <p><u>Nach</u> Ablauf der Karenzzeit oder für die Erbringung von Leistungen nach dem SGB II für nur einen Monat gilt pro Mitglied der Bedarfsgemeinschaft ein Freibetrag von 15.000 €.</p> <p>Nicht ausgeschöpfte Freibeträge können ggf. auf andere Personen der Bedarfsgemeinschaft übertragen werden.</p> <p>Bitte füllen Sie die unten angefügte Selbstauskunft für <u>jedes Mitglied</u> Ihrer Bedarfsgemeinschaft aus. Soweit erhebliches Vermögen vorliegt (mit ja angekreuzt), sind bereits jetzt alle Nachweise des Vermögens zur Antragsprüfung einzureichen.</p> <p>Das Vermögen von (Name, Vorname) _____ ist erheblich. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Das Vermögen von (Name, Vorname) _____ ist erheblich. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Das Vermögen von (Name, Vorname) _____ ist erheblich. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Das Vermögen von (Name, Vorname) _____ ist erheblich. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>

5.1 Vermögensverhältnisse - *Selbstauskunft*

**Ich erkläre/Wir erklären, dass meine/unsere Angaben zum Vermögen vollständig und richtig sind.
Mir/Uns ist bewusst, dass falsche Angaben zu einer Rückforderung von Leistungen führen können.
Falsche Angaben können strafrechtliche Konsequenzen haben.**

Datum, Unterschrift(en) aller volljährigen Personen

		Name, Vorname	aktueller Stand
Sparbuch/ Sparbrief	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Bargeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Tagesgeldkonto (o.ä.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Weitere Girokonten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Lebensversicherung/ (private) Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Berufsunfähigkeitsversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wertpapiere (Fonds/ Depots/ Aktien)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Paypal/ Kreditkartenkonto	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sonstige vermögensbildende Versicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Krafffahrzeuge	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Barvermögen (auch Wohnung/ Haus/ Grundstück in Deutschland/ im Ausland)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sonstiges Vermögen (Sammlungen, Schmuck, Antiquitäten, Ge- mälde, Teppiche, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

5.2 Haben sich Änderungen in Ihren bestehenden Vermögensverhältnissen oder denen der weiteren Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft ergeben?

Ja Nein

☞ Wenn ja, bitte Änderungen angeben: _____

☞ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor (z.B. Kfz-Kaufvertrag, Auflösung/ Änderung Bankverbindung usw.)

<hr/> Ort/Datum	<hr/> Unterschrift Antragsteller(in)	<p>Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten:</p> <hr/>
<hr/> Ort/Datum	<hr/> Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte(e/in)/ gesetzlicher Vertreter(in) (falls Antragsteller minderjährig)	
<hr/> Ort/Datum	<hr/> Unterschrift volljährige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres	
<hr/> Ort/Datum	<hr/> Unterschrift volljährige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres	
<hr/> Ort/Datum	<hr/> Unterschrift gesetzlicher Betreuer	

- ☞ Prüfen Sie bitte, ob Sie den Antrag vollständig ausgefüllt und unterschrieben haben, falls nicht genügend Platz vorhanden ist, nutzen Sie bitte ein zusätzliches Blatt Papier und fügen es dem Antrag bei.
- ☞ Haben Sie alle Ja Nein-Fragen beantwortet?
- ☞ Sind alle notwendigen und aktuellen Unterlagen beigelegt? Wenn nicht reichen Sie diese bitte schnellstmöglich nach!
- ☞ Ausweisdokumente mit einer aktuellen Verlängerung der Gültigkeit des Aufenthaltstitels soweit wie möglich in Kopie beifügen oder als Bild an jobcenter-leistung@stadt.erlangen.de senden (In diesem Falle bitte einen Verweis auf Ihren Antrag in der E-Mail angeben.)
- ☞ Folgende Unterlagen sollten möglichst vollständig vorgelegt werden:
 - Kontoauszüge der letzten 3 Monate aller Konten, wobei der aktuellste Kontoauszug nicht älter als 1 Woche sein sollte.
 - Bareinzahlungen sind zu erläutern und nachzuweisen.
- ☞ Nur vollständig **ausgefüllte** und **unterschriebene Anträge** können bearbeitet werden. Vermeidbare Rückfragen und Antragsrücksendungen verlängern die Bearbeitungszeit.
- ☞ **Reichen Sie den Antrag möglichst per Briefpost oder über den Briefkasten vor dem Rathauseingang ein. Ihr Antrag wird schnellstmöglich geprüft. Für Rückfragen zum Antrag bitte eine Telefonnummer angeben!**