

# Application principale

Demande d'allocation citoyenne selon le Livre II du Code Social (SGBII)



Veillez cocher la case appropriée.



En règle générale, veuillez ne pas soumettre de documents originaux, mais plutôt des copies.



Nos vidéos explicatives vous aideront à le remplir. Des informations sur nos offres numériques, la fiche d'information SGB II et d'autres annexes à la candidature sont disponibles sur [www.jobcenter.digital](http://www.jobcenter.digital).



Vous trouverez de plus amples informations sur le numéro correspondant dans les instructions pour remplir le formulaire sur [www.arbeitsagentur.de/linien-sgb2](http://www.arbeitsagentur.de/linien-sgb2).

Les données suivantes sont soumises au secret social (voir « Fiche d'information SGB II »). Vos informations sont collectées sur la base des articles 60 à 65 du premier livre du Code social (SGB I) et des articles 67a, b, c du dixième livre du Code social (SGB X) pour les prestations du SGB II. Vous pouvez obtenir des informations sur la protection des données auprès de l'agence pour l'emploi compétente ainsi qu'en ligne sur [www.arbeitsagentur.de/datenernahme](http://www.arbeitsagentur.de/datenernahme).

## 1. Données personnelles du demandeur

nom de famille		Prénom	
Nom de naissance (si différent)		date de naissance	
Lieu de naissance		pays de naissance	
Genre		nationalité	
<p>► Veuillez indiquer ici la date de votre entrée en Allemagne si vous n'êtes pas citoyen allemand.</p> <p>Date d'entrée</p>			
Assurance pension numéro 1 <input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> Le numéro d'assurance pension n'est pas encore disponible et a été demandé.	
Numéro de rue / maison			
si nécessaire, résider à			
Code Postal		Lieu de résidence	
<p>► Les informations sur le numéro de téléphone et l'adresse e-mail sont volontaires. <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</span></p>			
Numéro de téléphone		Adresse e-mail	

## 2. Demande 3

<input type="checkbox"/> désormais	<input type="checkbox"/> à partir d'une date ultérieure : _____
<input type="checkbox"/> pour le mois suivant : _____	

## 3. Mon état civil et ma situation de vie

### 3.1 Mon état civil

<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié	<input type="checkbox"/> veuf	<input type="checkbox"/> partenariat de vie enregistré
<input type="checkbox"/> vivant séparément depuis : _____			
<input type="checkbox"/> divorcé depuis : _____			
<input type="checkbox"/> pacs dissous depuis : _____			



2

HA

Modification des notes

A remplir uniquement par Pôle Emploi

Cachet d'entrée

Date d'application

Numéro de client

Nombre de communautés bénéficiaires

Département

équipe

Le demandeur s'est identifié

- Carte d'identité
- passeport
- autre document d'identification (pour Exemple électronique Permis de résidence):

Date d'expiration

Numéro AZR

Numéro d'identification personnel (pour le roumain et le bulgare ressortissants)

Données vérifiées dans STEP sur

Demande complétée le

Enregistrement statistique sur

Signe de la main, date

Billets de caisse

Date du spectacle manuel noté

Date du spectacle organisé

## 3.2 Ma situation de vie

Toutes les pièces jointes mentionnées ci-dessous peuvent être trouvées sur [www.arbeitsagentur.de/download-sgb2](http://www.arbeitsagentur.de/download-sgb2). ► [Les informations](#) suivantes sont utilisées pour vérifier quelles personnes appartiennent à la communauté de besoins, à la communauté de ménages ou à la responsabilité et appartenant à une communauté. 4  5  6

Je vis seul.

► Si vous vivez seul, aucune autre information n'est requise au point 3.2. Veuillez continuer avec la section 3.3.

Je vis avec:  7

► Puisque vous postulez aux prestations, on suppose que vous avez également pris en charge la représentation de votre communauté de besoins. Ceci ne s'applique pas si des membres de votre communauté de besoins âgés de plus de 15 ans déclarent à l'agence pour l'emploi qu'ils souhaitent protéger eux-mêmes leurs intérêts, par exemple en déposant leur propre candidature (§ 38 SGB II). Aucune information n'est requise ici sur les personnes non représentées.

► Plusieurs entrées sont possibles ici.

mon épouse

► Veuillez remplir la pièce jointe WEP hors de.

mon partenaire de vie enregistré

► Veuillez remplir la pièce jointe WEP hors de.

mon partenaire dans une communauté de responsabilité et d'engagement (« communauté de type mariage »)

► Veuillez remplir la pièce jointe WEP hors de.

\_\_\_\_\_ enfant(s) célibataire(s) entre 15 et 24 ans

► Veuillez remplir une pièce jointe WEP distincte pour chaque enfant hors de.

\_\_\_\_\_ enfant(s) célibataire(s) de moins de 15 ans

► Veuillez remplir une pièce jointe KI distincte pour chaque enfant hors de.

mes parents ou un parent

► Si vous êtes un candidat de moins de 25 ans, veuillez remplir une pièce jointe WEP pour chaque parent hors de.  
Si vous avez 25 ans ou plus, veuillez remplir une pièce jointe HG pour chaque parent .

\_\_\_\_\_ autres membres de la famille ou beaux-parents (par exemple grands-parents, frères et sœurs de plus de 25 ans, personnes mariées) enfants, tantes ou oncles)

► Veuillez remplir l'annexe HG pour chaque parent/belle-famille hors de.

\_\_\_\_\_ d'autres personnes (par exemple d'autres personnes vivant dans un appartement partagé)

► Si nécessaire, une communauté de responsabilité et d'engagement doit être examinée. Votre agence pour l'emploi vous indiquera si vous avez besoin d'un accessoire VE il faut remplir.

## 3.3 Frais d'hébergement et de chauffage

J'engage des frais de logement et de chauffage ► Veuillez remplir

Oui  Non

la pièce jointe KDU hors de.

## 4. Informations personnelles du demandeur

J'ai déjà demandé ou reçu des prestations auprès d'une autre agence pour l'emploi au cours des trois dernières années.

Oui  Non

Nom de l'autre Pôle Emploi

► Si oui, veuillez fournir des preuves pertinentes (par exemple des avis).

Au niveau de ma santé , je me sens capable de pratiquer régulièrement une activité au moins trois heures par jour . 8ème

Oui  Non

Je suis bénéficiaire de la loi sur les prestations aux demandeurs d'asile. 9

Oui  Non

► Si oui, veuillez fournir les preuves appropriées (par exemple permis de séjour, permis de séjour, tolérance, Décision de l'Office fédéral des migrations et des réfugiés (BAMF)).

Je suis scolaire, étudiant ou stagiaire. dix

 Oui  Non

Durée de la scolarité de - à

► Si oui, veuillez fournir des preuves actuelles (par exemple un certificat de scolarité).

Durée des études de - à

► Si oui, veuillez fournir des preuves actuelles (par exemple, certificat d'inscription).

Durée de la formation de - à

► Si oui, veuillez fournir le contrat de formation.

 Durant la formation, je serai hébergé en dortoir, en internat, dans un établissement spécialisé pour personnes handicapées ou chez le formateur en pension complète ou autre hébergement et remboursement des repas. dix

► Si oui, veuillez fournir des preuves actuelles.

Je suis actuellement ou serai bientôt dans un établissement pour patients hospitalisés (par exemple, hôpital, maison de retraite, établissement correctionnel). 11

 Oui  Non

Durée de l'hébergement du - au

Type d'établissement d'hospitalisation

► Si oui, veuillez fournir une attestation valide de séjour et de durée.

## 5. Examen des exigences supplémentaires

► Les informations sont facultatives et obligatoires uniquement si vous souhaitez demander des exigences supplémentaires.

 Je suis un parent célibataire. Je suis enceinte. ►

12

Veuillez fournir un justificatif indiquant la date de livraison prévue.

 J'ai des exigences supplémentaires en matière de production d'eau chaude décentralisée (par exemple, chauffe-eau/chaudières instantanés). 13 J'ai besoin d'un régime coûteux pour des raisons médicales. ► Merci de remplir la pièce jointe MEB hors de.

14

 J'ai un handicap et je reçois 15

- Prestations de participation à la vie professionnelle conformément à l'article 49 du livre neuvième du Code social (SGB IX) ou
- autre aide pour obtenir un emploi convenable ou
- Aide à l'intégration conformément au § 112 SGB IX.

► Veuillez fournir une notification actuelle.

 Je ne suis pas en mesure de travailler et je suis titulaire d'une carte d'identité selon l'article 152, paragraphe 5, SGB IX, portant le symbole G ou aG.

16

-

► Veuillez fournir un justificatif actuel (par exemple carte d'identité de personne gravement handicapée).

 J'ai un besoin particulier inévitable que je ne peux pas couvrir par des économies ou d'autres moyens (par exemple, les frais liés à l'exercice du droit de visite pour les parents séparés).

17

► Veuillez remplir la pièce jointe BB hors de.

 Je suis étudiant et il y a des frais pour les livres/cahiers scolaires. 18

► Veuillez fournir des preuves pertinentes.

## 6. Revenu 19

► Pour vérifier votre situation de revenus, veuillez remplir l'annexe EK hors de. Si vous êtes indépendant, veuillez également remplir l'annexe EKS. ► Lors du dépôt d'une demande, les relevés bancaires doivent toujours être soumis. Veuillez fournir les relevés bancaires des trois derniers il y a des mois.

43

## 7. Fortune 20

► Pour fournir une divulgation personnelle de la situation financière de toutes les personnes de la communauté ayant des besoins, veuillez remplir la pièce jointe VM hors de.

## 8. Ma situation de vie

8.1 Services prioritaires 21

► Les informations suivantes sont utilisées pour vérifier s'il existe un droit à d'autres services ou à des tiers. ► Plusieurs entrées sont possibles ici. Veuillez fournir des preuves pertinentes.

Au cours des 5 dernières années 22

<input type="checkbox"/>	J'étais occupé.	
	de à	Employeur
		<input type="checkbox"/> soumis aux cotisations de sécurité sociale <input type="checkbox"/> Mini-travail
	de à	Employeur
		<input type="checkbox"/> soumis aux cotisations de sécurité sociale <input type="checkbox"/> Mini-travail
<input type="checkbox"/>	J'étais travailleur indépendant .	
	de à	Type d'activité
<input type="checkbox"/>	J'ai effectué un service militaire ou un service volontaire (par exemple année sociale volontaire, service volontaire fédéral).	
<input type="checkbox"/>	Je m'occupais de proches (soins selon le Livre Onzième du Code Social).	
<input type="checkbox"/>	J'ai reçu des prestations de remplacement de salaire (par exemple, allocations de maladie, allocations de chômage, allocations transitoires, allocations parentales).	
	de à	Performance
	de à	Performance
<input type="checkbox"/>	Aucun de ces points ne s'applique à moi. Je subvenais à mes besoins comme suit (par exemple, soutien financier de parents/ connaissances, épargne, héritage) :	

8.2 Réclamations contre des tiers 23

J'ai déjà demandé d'autres prestations ou je prévois d'en faire la demande. Il s'agit par exemple des prestations de la loi fédérale sur l'aide à la formation (BAföG), de l'allocation de formation professionnelle (BAB), des allocations de logement, des allocations de chômage, des pensions (pension de vieillesse, de survie et de base), des allocations de maladie, des allocations familiales et des suppléments pour enfants à charge. 24

Type de service	Date de la demande	
Prestataire de prestations sociales/caisse familiale		
► Veuillez fournir une preuve actuelle.		
<input type="checkbox"/>	Je dépose des réclamations contre un (ancien) employeur pour des salaires impayés (par exemple en cas d'insolvabilité/ insolvabilité de l'employeur) ou pour des périodes après avoir quitté l'entreprise (par exemple en cas d'indemnités de départ impayées).	
Employeur	Adresse	
Raison		
► Veuillez fournir des preuves appropriées (par exemple, correspondance avec votre avocat ou le tribunal).		

Je vis séparément de mon conjoint ou de mon partenaire enregistré.  
▶ Veuillez remplir la pièce jointe UH1 hors de.

---

Je suis divorcé ou mon partenariat civil enregistré a été annulé.  
▶ Veuillez remplir la pièce jointe UH1 hors de.

---

Je suis enceinte.  
▶ Veuillez remplir la pièce jointe UH2 hors de.

---

Je suis

- moins de 18 ans ou
- entre 18 et 24 ans et je suis en formation scolaire ou professionnelle ou je souhaite en commencer une prochainement et au moins un parent vit en dehors de la communauté dans le besoin.

▶ Veuillez remplir la pièce jointe UH3 hors de.

---

J'ai subi des dommages à ma santé causés par un tiers (par exemple accident du travail, accident de la route, accident de jeu, etc.). accident de sport, erreur de traitement médical ou altercation physique). Je dois donc demander des allocations à Pôle Emploi.  
▶ Merci de remplir la pièce jointe UF hors de.

---

J'ai un droit contre des tiers (par exemple des demandes de paiement contractuelles ou des demandes de dommages-intérêts).

Nom de la réclamation

---

▶ Veuillez fournir la preuve du sinistre avec les documents actuels.

---

Une déclaration d'engagement a été faite en mon nom auprès des autorités de l'immigration ou de la mission diplomatique à l'étranger. 25  Oui  Non  
▶ Veuillez présenter la déclaration d'engagement ou les documents appropriés.

## 9. Assurance maladie et soins 26 27



## 9.1 Assurance obligatoire dans l'assurance maladie et dépendance légale

Je suis ou j'étais jusqu'à présent assuré obligatoirement ou familialement par l'assurance maladie et dépendance légale .  
Lorsque j'aurai droit à l'allocation citoyenne, je souhaite être assuré avec :

l'ancienne caisse d'assurance maladie

nom de l'assurance maladie	Numéro d'assurance maladie (si connu)
----------------------------	---------------------------------------

▶ Veuillez fournir un justificatif actuel de votre assurance auprès de la caisse d'assurance maladie (par ex. votre carte électronique valide). carte de santé). Ces preuves ne seront pas conservées au dossier.

---

une autre compagnie d'assurance maladie

nom de l'assurance maladie	Numéro d'assurance maladie (si connu)
----------------------------	---------------------------------------

▶ Veuillez fournir un justificatif actuel de la caisse d'assurance maladie de votre choix, si vous changez de caisse d'assurance maladie. 26

## 9.2 Assurance maladie et soins de santé privée, volontaire et légale ou pas d'assurance maladie

<input type="checkbox"/> J'ai une assurance légale privée ou volontaire . ▶ Merci de remplir l' annexe SV, Section 3 .	<input type="checkbox"/> Je ne suis pas assuré. ▶ Merci de remplir l' annexe SV, Section 4 .
---	---

## 10. Éducation et participation

Veuillez noter que les personnes de moins de 25 ans peuvent avoir droit à des prestations d'éducation et de participation. Vous pouvez obtenir de plus amples informations auprès de votre agence pour l'emploi ou de l'autorité locale compétente.

## 11. Mes coordonnées bancaires

► Les prestations selon le SGB II sont généralement transférées sur un compte.

Titulaire de compte

IBAN28

► Vous trouverez généralement l'IBAN sur votre relevé de compte.

12. Mes eServices 29 

Je souhaite utiliser l'offre en ligne sur [www.jobcenter.digital](http://www.jobcenter.digital) et disposer d'un compte utilisateur protégé par mot de passe pour traiter les questions importantes (par exemple, notification de modifications).

## Mon obligation de coopérer

Les personnes qui demandent ou reçoivent des prestations selon le SGB II sont tenues de coopérer.

Cela signifie que toutes les informations contenues dans la candidature et dans les pièces jointes soumises doivent être exactes et complètes. Les changements survenant après le dépôt de la candidature et susceptibles d'avoir une incidence sur les prestations (par exemple, entrée en activité, déménagement) doivent être signalés immédiatement à l'agence pour l'emploi compétente. Les obligations de coopération doivent être respectées par tous les membres d'une communauté de besoins.

Si ces obligations de coopération sont violées, toutes les prestations versées en trop seront généralement exigées de toutes les personnes éligibles dans une communauté de besoins. S'il y a d'autres personnes dans votre communauté ayant des besoins, vous, en tant que représentant, devez inclure tous les membres au moment de remplir la demande et coordonner avec eux les informations essentielles et celles qui les concernent. Veuillez également vous assurer que tous les membres reçoivent toutes les informations nécessaires (par exemple, les avis).

Un manquement à l'obligation de coopération peut également entraîner des infractions administratives ou des poursuites pénales à l'encontre de la personne qui a méconnu les obligations susmentionnées. L'agence pour l'emploi obtient des informations sur les revenus et les actifs (par exemple les salaires, les plus-values, les pensions) auprès de diverses agences au moyen d'une comparaison automatisée des données. Les revenus et avoirs cachés sont donc régulièrement découverts par la suite.

J'ai reçu la « Fiche d'information SGB II – Prestation du citoyen (sécurité de base pour demandeurs d'emploi) » ainsi que les instructions pour la remplir et j'en connais le contenu. Je vous informerai des changements futurs (notamment votre situation familiale, de revenus et financière ainsi que l'étendue de votre capacité de gain) sans qu'on vous le demande et immédiatement.

Un tuteur a été désigné par le tribunal des tutelles/tribunal de district.

► Merci de fournir un justificatif de supervision (attestation de nomination ou pièce d'identité du superviseur).

Lieu Date	Signature du superviseur
-----------	--------------------------

Je confirme que les informations sont correctes.

Lieu Date	Signature du demandeur
Lieu Date	Signature du représentant légal du demandeur mineur

Notes de traitement (à compléter par Pôle Emploi uniquement)

Des modifications ont été apportées aux sections suivantes en présence du client :

À main levée, date :

Signature du client

Autres commentaires de Pôle Emploi :