Anlage

für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft
– Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte die Anlage KI aus –

Zutreffendes bitte ankreuzen

Weitere Informationen finden Sie zu der jeweiligen Nummer in den Ausfüllhinweisen

Die nachstehenden 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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.jobcenter.digital.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	Kundennummer (falls vorhanden)

2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf folgende weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft (4)

2.1 Persönliche Daten

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer (1)	☐ Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt

2.2 Familienstand

Die **weitere Person** ist

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet

☐ geschieden seit ☐ dauernd getrennt lebend seit

oder die eingetragene Lebenspartnerschaft der **weiteren Person** ist

☐ eingetragen seit ☐ aufgehoben seit ☐ dauernd getrennt seit

2 WEP

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Kundennummer der weiteren Person

Die weitere Person hat sich ausgewiesen durch
☐ Personalausweis
☐ Reisepass
☐ Sonstiges Ausweispapier (z. B. elektronischer Aufenthaltstitel):

Gültig bis

AZR-Nummer der weiteren Person

Personenkennnummer der weiteren Person (bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)

2.3 Persönliche Angaben zur weiteren Person

☐ Ich bin mit der **weiteren Person** verwandt.

☐ Meine Partnerin/mein Partner ist mit der **weiteren Person** verwandt.

Verwandtschaftsverhältnis

Die **weitere Person** hat bzw. für die weitere Person wurden für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen beim einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen. ☐ Ja ☐ Nein

▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Die **weitere Person** fühlt sich **gesundheitlich** in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens **drei Stunden täglich** auszuüben. (9) ☐ Ja ☐ Nein

Die **weitere Person** ist **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**. (8) ☐ Ja ☐ Nein

▶ Legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)) vor.

Die **weitere Person** ist **Schülerin/Schüler, Studentin/Student** (10) **Auszubildende/Auszubildender**. ☐ Ja ☐ Nein

Dauer der Schulausbildung von - bis	▶ Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (z. B. Schulbescheinigung) vor.
Dauer des Studiums von - bis	▶ Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (z. B. Immatrikulationsbescheinigung) vor.
Dauer der Ausbildung von - bis	▶ Falls ja, legen Sie bitte den Ausbildungsvertrag vor.

☐ Während der Ausbildung ist die weitere Person in einem **Wohnheim, Internat**, **einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen** oder beim **Ausbilder mit voller Verpflegung** oder **anderweitig mit Kostenerstattung** für Unterkunft und Verpflegung untergebracht. (10)

▶ Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise vor.

Die weitere Person befindet sich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (z. B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). ☐ Ja ☐ Nein

Dauer der Unterbringung von - bis	Art der stationären Einrichtung (11)

▶ Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und die Dauer vor.

3. Prüfung eines Mehrbedarfs

Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

☐ Die weitere Person ist **schwanger**. (12)

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

☐ Die weitere Person benötigt aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**. (14)

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage MEB** aus.

☐ Die **weitere Person** hat eine **Behinderung und** erhält (15)

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) **oder**
- sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes **oder**
- Eingliederungshilfen nach § 102 SGB IX.

▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.

☐ Die **weitere Person** ist **nicht erwerbsfähig** (9) und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Abs. 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G oder aG**. (16)

▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis (z. B. Schwerbehindertenausweis) vor.

☐ Die **weitere Person** hat regelmäßig einen **unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarf,** den sie nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (z. B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern). (17)

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage BB** aus.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

☐ _____

☐ _____

☐ Schulbescheinigung

☐ _____

☐ Ausbildungsvertrag

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ Anlage MEB

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ Anlage BB

4. Einkommen (18)

Zur Prüfung der Einkommensverhältnisse der weiteren Person füllen Sie bitte die **Anlage EK** aus. Bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit füllen Sie bitte zusätzlich die **Anlage EKS** aus.

5. Vermögen (19)

Zur Prüfung der Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft füllen Sie bitte die **Anlage VM** aus.

6. Lebenssituation der weiteren Person

6.1 Vorrangige Leistungen (20)

- Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf andere Leistungen oder gegenüber Dritten bestehen könnte.
- Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

In den letzten 5 Jahren (21)

☐ war die **weitere Person** beschäftigt.

von - bis	Arbeitgeber	☐ sozialversicherungspflichtig ☐ Minijob
von - bis	Arbeitgeber	☐ sozialversicherungspflichtig ☐ Minijob

☐ war die **weitere Person selbständig** tätig.

von - bis	Art der Tätigkeit

☐ hat die **weitere Person** einen **Wehrdienst** oder **freiwilligen Dienst** geleistet (z. B. FSJ, Bundesfreiwilligendienst).

☐ hat die **weitere Person Angehörige gepflegt** (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch)

☐ hat die **weitere Person Entgeltersatzleistungen** erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Übergangsgeld).

von - bis	Leistung

☐ trifft keiner der o. g. Punkte auf die **weitere Person** zu. Die weitere Person hat ihren **Lebensunterhalt wie folgt bestritten** (z. B. finanzielle Unterstützung durch Verwandte/Bekannte, Ersparnisse, Erbschaft):

6.2 Ansprüche gegenüber Dritten (22) (23)

☐ Die **weitere Person** hat schon andere Leistungen (z. B. Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG), Berufsausbildungsbeihilfe (BAB), Wohngeld, Arbeitslosengeld, Rente, Kindergeld) **beantragt** oder **beabsichtigt**, **einen Antrag zu stellen**.

Leistungsart	Antragsdatum

Sozialleistungsträger/Familienkasse

- Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis vor, sofern schon über den Antrag entschieden wurde.

☐ Die **weitere Person** erhebt 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	Anschrift

Grund

- Bitte legen Sie einen geeigneten Nachweis vor (z. B. Schriftwechsel mit Ihrer Rechtsanwältin/Ihrem Rechtsanwalt oder dem Gericht).

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

☐ Anlage EK
☐ Anlage EKS
☐ Anlage VM

☐ Die **weitere Person** hat einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (z. B. Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung). Die weitere Person muss deshalb Leistungen beim Jobcenter beantragen.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UF** aus.

☐ Die **weitere Person** hat einen Anspruch gegenüber Dritten (z. B. aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen).

Bezeichnung des Anspruchs

► Bitte weisen Sie den Anspruch durch aktuelle Unterlagen nach.

☐ Die **weitere Person** lebt getrennt von ihrer Ehegattin/ihrem Ehegatten bzw. ihrer eingetragenen Lebenspartnerin/ihrem eingetragenen Lebenspartner.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH1** aus.

☐ Die **weitere Person** ist geschieden bzw. die eingetragene Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH1** aus.

☐ Die **weitere Person** ist schwanger oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH2** aus.

☐ Die **weitere Person** ist

- unter 18 Jahre alt oder
- zwischen 18 und 24 Jahre alt und macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen

und mindestens ein Elternteil lebt und außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH3** aus, falls die weitere Person das Kind ist.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH4** aus, falls die weitere Person nicht das Kind ist und Sie mit Ihr in einer Partnerschaft leben.

☐ Für die **weitere Person** wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben. (24)

► Bitte legen Sie hierzu geeignete Unterlagen vor (z. B. Kopie der Verpflichtungserklärung).

7. Kranken- und Pflegeversicherung (25)

7.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

☐ Die **weitere Person** ist oder war zuletzt in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflicht- oder familienversichert.

Name der Krankenkasse	Krankenversichertennummer (falls bekannt)

► Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Versicherung der weiteren Person vor. Ersatzweise können Sie auch die gültige elektronische Gesundheitskarte der weiteren Person vorlegen.

☐ Die **weitere Person** ist **familienversichert** und ist in Zukunft pflichtversichert bei (26)

☐ der bisherigen Krankenkasse.

☐ einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

► Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Krankenkassenwahl (27) vor, wenn die weitere Person die Krankenkasse wechselt.

7.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

☐ Die **weitere Person** ist **privat** oder **freiwillig gesetzlich** versichert.

► Bitte füllen Sie die **Anlage SV. Abschnitt 2** aus.

☐ Die **weitere Person** ist **nicht** versichert.

► Bitte füllen Sie die **Anlage SV. Abschnitt 3** aus.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

Formular drucken | Formular zurücksetzen

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

☐ Anlage UF

☐ _____

☐ Anlage UH1

☐ Anlage UH1

☐ Anlage UH2

☐ Anlage UH3

☐ Anlage UH4

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ Anlage SV

In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden