

Anlage

für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft
(zu Abschnitt 2.1 des Hauptantrags)

– 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 Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter

1. Meine persönlichen Daten

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

2. Weitere Person in meiner Bedarfsgemeinschaft über 15 Jahren, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen

2.1 Persönliche Daten

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt

2.2 Familienstand

Die weitere Person ist

ledig verheiratet verwitwet

geschieden seit dauernd getrennt lebend seit

Die gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft der weiteren Person ist

eingetragen seit aufgehoben seit

2.3 Persönliche Angaben

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 bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen. Ja Nein

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.



2

WEP

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Kundennummer der weiteren Person

AZR-Nummer der weiteren Person

Personenkennnummer der weiteren Person (bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)



Die weitere Person ist Spätaussiedlerin/Spätaussiedler und besitzt noch nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. <input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▶ Falls ja, legen Sie bitte den Aufnahmebescheid vor.		
Die weitere Person ist Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz . <input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▶ Legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)) vor.		
Die weitere Person ist – ihrer Einschätzung nach – gesundheitslich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. <input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▶ Wenn Sie Nein angekreuzt haben, besteht für die weitere Person möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Sie kann in diesem Fall Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen.		
Die weitere Person ist Schülerin/Schüler . <input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dauer der Schulausbildung von - bis	▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Schulbescheinigung) vor.	
Die weitere Person ist Studentin/Student . <input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dauer des Studiums von - bis	▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Immatrikulationsbescheinigung) vor.	
Die weitere Person hat Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) beantragt. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▶ Falls ja, legen Sie bitte einen Nachweis über die Antragstellung oder – soweit über den BAföG-Antrag bereits entschieden wurde – den entsprechenden Bescheid über die Bewilligung oder Ablehnung vor.		
Die weitere Person ist Auszubildende/Auszubildender . <input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dauer der Ausbildung von - bis	▶ Falls ja, legen Sie bitte den Ausbildungsvertrag vor.	
<input type="checkbox"/> Während der Ausbildung ist die weitere Person in einem Wohnheim, Internat oder beim Ausbilder mit voller Verpflegung oder anderweitig mit Kostenerstattung für Unterkunft und Verpflegung untergebracht.		
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.		
Die weitere Person befindet sich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). <input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dauer der Unterbringung von - bis	Art der stationären Einrichtung	
▶ 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.

<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist schwanger . <input type="radio"/>	
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person benötigt aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung . <input type="radio"/>	
▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person hat eine Behinderung und erhält <input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) oder sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes oder Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII. 	
▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist nicht erwerbsfähig <input type="radio"/> und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G oder aG . <input type="radio"/>	
▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.	

Bearbeitungsvermerke Nur vom Jobcenter auszufüllen	
<input type="checkbox"/>	Aufnahmebescheid
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	Ausbildungsvertrag
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	Anlage MEB
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

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).

▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.

4. Einkommen

Die weitere Person erzielt Einkommen und/oder übt eine selbständige Tätigkeit (auch in der Land- und Forstwirtschaft) aus. Ja Nein

▶ Falls ja, füllen Sie bitte für die weitere Person die _____ aus. Bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit füllen Sie bitte **zusätzlich** die _____ aus.

5. Vermögen

Die weitere Person besitzt Vermögen. Ja Nein

▶ Bitte tragen Sie Angaben über die Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft in die _____ ein.

6. Vorrangige Ansprüche

6.1 Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit

▶ Wenn die weitere Person Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) bereits beantragt hat, tragen Sie dies bitte in **Abschnitt 6.4** ein. Sollte das Arbeitslosengeld aktuell bereits bewilligt sein, tragen Sie dies in _____ ein. Dies gilt auch, wenn eine Sperrzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben in **Abschnitt 6.1** machen.

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung

- ▶ Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf Arbeitslosengeld bestehen könnte.
- ▶ Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Verwenden Sie ggf. ein gesondertes Blatt und legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

war die weitere Person **sozialversicherungspflichtig** beschäftigt.

von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit
-----------	-------------	-------------------

von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit
-----------	-------------	-------------------

war die weitere Person **selbständig** tätig.

von - bis	Art der Tätigkeit
-----------	-------------------

hat die weitere Person **Wehr- oder Ersatzdienst** geleistet.

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

hat die weitere Person **Entgeltersatzleistungen** erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem SGB III).

von - bis	Behörde	Leistung
-----------	---------	----------

6.2 Ansprüche gegenüber Arbeitgebern

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).

▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

6.3 Ansprüche gegenüber Dritten

Die weitere Person hat einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung). Sie ist deshalb hilfebedürftig geworden.

▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage BB

Anlage EK
 Anlage EKS

Anlage VM

Anlage UF

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

Bezeichnung des Anspruchs

▶ Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach.

6.4 Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen

Die weitere Person hat schon andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld, Rente, Kindergeld) **beantragt** oder **beabsichtigt, einen Antrag zu stellen**.

Leistungsart	Sozialleistungsträger/Familienkasse
--------------	-------------------------------------

Antragsdatum	Leistungen beantragt ab
--------------	-------------------------

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

7. Kranken- und Pflegeversicherung

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	Sitz der Krankenkasse	Krankenversichertennummer (falls bekannt)
-----------------------	-----------------------	--

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen 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 künftig pflichtversichert bei

der bisherigen Krankenkasse.

einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse
-----------------------	-----------------------

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über die Krankenkassenwahl 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.

Die weitere Person ist **nicht** versichert.

▶ Bitte füllen Sie die aus. ▶ Bitte füllen Sie die aus.

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. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

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

▶ Nur auszufüllen bei vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen:

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

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

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage SV