

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

Reichen Sie bitte grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Kopien ein.

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 der weiteren Person

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer 1	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt.

2.2 Familienstand der weiteren Person

ledig verheiratet verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft

dauernd getrennt lebend seit: _____

geschieden seit: _____

aufgehobene Lebenspartnerschaft seit: _____

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



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)

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

Name des anderen Jobcenters

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

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

Die **weitere Person** ist **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **8** Ja Nein **Asylbewerberleistungsgesetz**

► 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** Ja Nein oder **Auszubildende/Auszubildender**.

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, 10** **einer besonderen Einrichtung für Menschen mit Behinderung** oder beim **Ausbilder mit voller Verpflegung** oder **anderweitig mit Kostenerstattung** für Unterkunft und Verpflegung untergebracht.

► 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 14** **Ernährung.**

► 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 § 112 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 einen **unabweisbaren besonderen Bedarf, den sie nicht 17**

durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (z. B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern).

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

Die **weitere Person** ist **Schülerin/Schüler** und hat Kosten für **Schulbücher/Arbeitshefte. 17a**

► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Schulbescheinigung

Ausbildungsvertrag

Anlage MEB

Anlage BB

4. Einkommen (18) und Vermögen (19)

- ▶ 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.
- ▶ Zur Prüfung der Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft füllen Sie bitte die **Anlage VM** aus.
- ▶ Bei einer Antragstellung ist grundsätzlich die Vorlage von Kontoauszügen erforderlich. (42)
Bitte legen Sie daher Kontoauszüge der letzten drei Monate vor.

5. Lebenssituation der weiteren Person

5.1 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)

<input type="checkbox"/> war die weitere Person beschäftigt .		
von - bis	Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> Minijob
von - bis	Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> Minijob
<input type="checkbox"/> war die weitere Person selbständig tätig .		
von - bis	Art der Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> hat die weitere Person einen Wehrdienst oder freiwilligen Dienst geleistet (z. B. FSJ, Bundesfreiwilligendienst).		
<input type="checkbox"/> hat die weitere Person Angehörige gepflegt (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch).		
<input type="checkbox"/> hat die weitere Person Entgeltersatzleistungen erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Übergangsgeld).		
von - bis	Leistung	
<input type="checkbox"/> 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):		

5.2 Ansprüche gegenüber Dritten (22)

- Die **weitere Person** hat schon andere Leistungen (z. B. Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG), Berufsausbildungsbeihilfe (BAB), Wohngeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente, Kindergeld, Kinderzuschlag) **beantragt** oder **beabsichtigt, einen Antrag zu stellen**. (23)

Leistungsart	Antragsdatum
Sozialleistungsträger/Familienkasse	
▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis vor, sofern schon über den Antrag entschieden wurde.	
<input type="checkbox"/> 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
- Kontoauszüge

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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 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.

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.

Für die **weitere Person** wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der **(24)** Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben.
▶ Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage UH1

Anlage UH1

Anlage UH2

Anlage UH3

Anlage UH4

Anlage UF

Anlage SV

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

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden

6. Kranken- und Pflegeversicherung **(25) (26)**

6.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Die **weitere Person** ist oder war zuletzt in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflicht- oder familienversichert.
Mit Beginn des Anspruchs auf Arbeitslosengeld II möchte die weitere Person versichert werden bei:

der bisherigen Krankenkasse.
Name der Krankenkasse _____ Krankenversicherungsnummer (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, diese wird nicht zur Akte genommen.

einer anderen Krankenkasse.
Name der Krankenkasse _____ Krankenversicherungsnummer (falls bekannt) _____

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Krankenkassenwahl vor, wenn die weitere Person die Krankenkasse wechselt. **(25)**

6.2 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 **Anlage SV, Abschnitt 3** aus ▶ Bitte füllen Sie die **Anlage SV, Abschnitt 4** aus

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

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