

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 www.lra-sm.de.

1. Meine persönlichen Daten

Anrede Vorname

Familienname Geburtsdatum

Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)

2. Weitere Person in meiner Bedarfsgemeinschaft über 15 Jahren, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen ⁹

2.1 Persönliche Daten

Anrede Vorname

Familienname Geburtsname (sofern abweichend)

Geburtsort Geburtsdatum

Geburtsland Staatsangehörigkeit

Rentenversicherungsnummer ¹ Rentenversicherungsnummer wurde
beantragt

Steueridentitätsnummer

2.2 Familienstand

Die weitere Person ist

ledig verheiratet verwitwet

geschieden seit dauernd getrennt lebend seit

Die gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft der weiteren Person ist

eingetragen 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 Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen
Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen. Ja Nein

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

WEP

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

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. (4)
▶ Falls ja, legen Sie bitte den **Aufnahmebescheid** vor.

Ja Nein

Die weitere Person ist **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**. (5)

Ja Nein

▶ Falls ja, 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. (6)

Ja Nein

▶ Wenn Sie Nein angekreuzt haben, besteht für die weitere Person möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen nach dem Zweiten Buches Sozialgesetzbuch. Sie kann in diesem Fall Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen.

Die weitere Person ist **Schülerin/Schüler**. (7)
Dauer der Schulausbildung von – bis

Ja Nein

▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Schulbescheinigung) vor.

Die weitere Person ist **Studentin/Student**. (7)
Dauer des Studiums von – bis

Ja Nein

▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Immatrikulationsbescheinigung) vor.

Die weitere Person hat Leistungen nach dem **Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)** beantragt.

Ja Nein

▶ Falls ja, legen Sie bitte einen Nachweis über die Antragstellung oder – soweit über Ihren BAföG-Antrag bereits entschieden wurde – den entsprechenden Bescheid über die Bewilligung oder Ablehnung vor.

Die weitere Person ist **Auszubildende/Auszubildender**. (7)
Dauer der Ausbildung von – bis

Ja Nein

▶ Falls ja, legen Sie bitte den Ausbildungsvertrag vor.

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). (8)
Dauer der Unterbringung von – bis Art der stationären Einrichtung

Ja Nein

▶ 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**. (14)

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

Die weitere Person benötigt aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**. (15)

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

Die weitere Person hat eine **Behinderung und** erhält (16)

- 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.

Die weitere Person ist **nicht erwerbsfähig** (6) und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G oder aG**. (17)

▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Aufnahmebescheid

Studienbescheinigung

Ausbildungsvertrag

Anlage MEB

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). ¹⁸

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

4. Einkommen ¹⁹

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 **Anlage EK** aus. Bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit füllen Sie bitte **zusätzlich** die **Anlage EKS** aus.

5. Vermögen ²⁰

Die weitere Person besitzt Vermögen. Ja Nein

► Bitte tragen Sie Angaben über die Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft in die **Anlage VM** ein.

6. Vorrangige Ansprüche ²¹

6.1 Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit ²²

► 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 **Anlage EK Abschnitt 2** 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 **Anlage UF** 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). ²³
Bezeichnung des Anspruchs

► Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach.

6.4 Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen ²⁴

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 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 Sitz der Krankenkasse Krankenversicherternummer (falls bekannt)

► Bitte legen Sie eine aktuelle Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse über die Versicherung sowie auch die gültige elektronische Gesundheitskarte der weiteren Person vor.

Die weitere Person ist **familienversichert** und ist künftig pflichtversichert bei ²⁶

der bisherigen Krankenkasse.

einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse Sitz der Krankenkasse

► Bitte legen Sie eine aktuelle Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse über Ihre 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 **Anlage SV, Abschnitt 2** aus.

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

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt"). 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. Ihre Informationsrechte nach Artikel 13 und 14 der Datenschutzgrundverordnung finden Sie unter www.lra-sm.de.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

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

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage SV

► 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)
-----------	--