

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 Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.lra-sm.de.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede

Vorname

Familienname

Geburtsdatum

Nummer der Bedarfsgemeinschaft/Aktenzeichen (falls vorhanden)

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

2.1 Persönliche Daten der weiteren Person

Anrede

Vorname

Familienname

Geburtsname (sofern abweichend)

Geburtsort

Geburtsdatum

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

► Bitte tragen Sie hier das Datum der Einreise nach Deutschland ein, sofern die weitere Person keine deutsche Staatsangehörigkeit hat.

Einreisedatum

Rentenversicherungsnummer



Rentenversicherungsnummer ist noch
nicht vorhanden und wurde beantragt

Steueridentitätsnummer

2.2 Familienstand der weiteren Person

- ledig verheiratet verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft
 geschieden seit
 dauernd getrennt lebend 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

Die weitere Person hat bzw. für die weitere Person wurden innerhalb der letzten 3 Jahre bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen.

Ja Nein

Name des Jobcenters

► 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 **Berechtigte/Berechtigter** nach dem Ja Nein **Asylbewerberleistungsgesetz.** 8

► 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 Ja Nein Lage, eine Tätigkeit von mindestens **drei Stunden täglich** auszuüben. 9

► 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.** 10 Ja Nein
Dauer der Schulausbildung von – bis

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

Die weitere Person ist **Studentin/Student.** 10 Ja Nein
Dauer des Studiums von – bis

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

Die weitere Person ist **Auszubildende/Auszubildender.** Ja Nein
Dauer der Ausbildung von – bis

► 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. 10

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Die weitere Person befindet sich derzeit oder demnächst in einer Ja Nein **stationären Einrichtung** (z. B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). 11
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.

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 § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII.
► Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.

Die weitere Person ist **nicht erwerbsfähig** 9 und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem **Merkeichen G oder aG.** 16
► Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.

Die weitere Person ist **Schülerin/Schüler** und hat Kosten für Schulbücher/Arbeitshefte.
► Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor. 18

Die weitere Person hat regelmäßig einen **unabweisbaren 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

Studienbescheinigung

Ausbildungsvertrag

Anlage MEB

Anlage BB

4. Einkommen (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.
- ▶ Bei der Antragstellung ist grundsätzlich die Vorlage von Kontoauszügen erforderlich. Bitte legen Sie daher Kontoauszüge der letzten drei Monate vor. (43)

5 Vermögen

- ▶ Zur Prüfung der Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft füllen Sie bitte die Anlage VM aus. (20)

6. Lebenssituation der weiteren Person

6.1 Vorrangige Leistungen (21)

- ▶ 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.

Innerhalb der letzten 5 Jahre (22)

<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

war die weitere Person **selbständig** tätig.
von – bis Art der Tätigkeit

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

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 Behörde Leistung

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

6.2 Ansprüche gegenüber Dritten (23)

- Die weitere Person hat schon andere Leistungen (z. B. Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG), Berufsausbildungsbeihilfegesetz (BAB), Wohngeld, Arbeitslosengeld, Renten, Krankengeld, Kindergeld, Kinderzuschlag) **beantragt** oder **beabsichtigt, einen Antrag zu stellen**. (24)

Leistungsart Sozialleistungsträger/Familienkasse

Antragsdatum Leistungen beantragt ab

- ▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis vor, sofern schon über den Antrag/die Anträge 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
- Kontoauszüge

- 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 ein 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, einen ärztlichen 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 entsprechende Unterlagen nach.
- Für die weitere Person wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben.
▶ Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor. (24)

7. Kranken- und Pflegeversicherung (26) (27)

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.
Mit Beginn des Anspruchs auf Bürgergeld möchte die weitere Person versichert werden bei:
- der bisherigen Krankenkasse.
- Name der Krankenkasse Sitz 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 Sitz der Krankenkasse Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis 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 3 aus. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 4 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 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