LANDKREIS
SCHMALKALDEN-MEININGEN
natürlich sportlich

Anlage

zur Feststellung des Umfangs der Hilfebedürftigkeit bei Vorliegen einer Haushaltsgemeinschaft

HG

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

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 (falls vorhanden) / Aktenzeichen

2. Angaben zur Person in meiner Haushaltsgemeinschaft

► Wenn Sie mit Verwandten oder Verschwägerten (z. B. Eltern-, Großeltern-, Stiefelternteilen, Geschwistern über 25 Jahren, Onkel, Tante) in einem Haushalt leben, ist diese Anlage für jeden Verwandten/Verschwägerten separat auszufüllen

Vorname Familienname

3. Angaben zum Verwandtschaftsverhältnis/zu der Schwägerschaft

► Sofern zu mehreren Personen in der Bedarfsgemeinschaft ein Verwandtschaftsverhältnis/ Schwägerschaft besteht, ist die Angabe zu einer dieser Personen ausreichend

Person in der Bedarfsgemeinschaft, zu der das Verwandtschaftsverhältnis/Schwägerschaft besteht

Vorname Familienname

_____ _____

Verwandtschaftsverhältnis/Schwägerschaft

4. Leistungen

☐ Die unter Abschnitt 2 genannte Person zahlt keine Leistungen an die Bedarfsgemeinschaft

► Sofern die Person keine Leistungen an die Bedarfsgemeinschaft zahlt, sind nur noch Angaben zu Abschnitt 5 erforderlich.

☐ Die unter Abschnitt 2 genannte Person zahlt Leistungen (z.B. Taschengeld) an die Bedarfsgemeinschaft

► Bitte geben Sie an, für welche Person und in welcher Höhe die Leistungen erbracht werden. Bitte geben Sie auch den zeitlichen Abstand der Zahlungen (z. B. monatlich, 1/4-jährlich, 1/2-jährlich, jährlich) an.

Person in der Bedarfsgemeinschaft, die die Leistungen erhält

Vorname Familienname

_____ _____

Höhe der Leistung Zahlungsrhytmus

Person in der Bedarfsgemeinschaft, die die Leistungen erhält

Vorname Familienname

_____ _____

Höhe der Leistung Zahlungsrhytmus

Person in der Bedarfsgemeinschaft, die die Leistungen erhält

Vorname | Familienname

Höhe der Leistung | Zahlungsrhytmus

Person in der Bedarfsgemeinschaft, die die Leistungen erhält

Vorname | Familienname

Höhe der Leistung | Zahlungsrhytmus

5. Angaben zu den Kosten der Unterkunft bei Zahlungen an Verwandte oder Verschwägerte

☐ Die unter Abschnitt 2 genannte Person ist nicht Eigentümerin bzw. Eigentümer oder Mieterin bzw. Mieter der gemeinsamen Wohnung

☐ Sie wohnt unentgeltlich

☐ Sie beteiligt sich in folgender Höhe an den Kosten der Unterkunft

Monatliche Höhe der Zahlungen in Euro

☐ Die unter Abschnitt 2 genannte Person ist Eigentümerin bzw. Eigentümer oder Mieterin bzw. Mieter der Wohnung, der gemeinsamen Wohnung

☐ Die Bedarfsgemeinschaft wohnt unentgeltlich

☐ Die Bedarfsgemeinschaft beteiligt sich in folgender Höhe an den Kosten der Unterkunft

Monatliche Höhe der Zahlung in Euro

Monatliche Höhe der Gesamtzahlung, die für die gesamte Unterkunft anfällt, in Euro (soweit bekannt)

- Wenn eine Pauschale gezahlt wird, die neben Unterkunft auch Verpflegung umfasst, geben Sie hier bitte nur den Teil an, der auf die Unterkunft entfällt.
- **Bitte informieren Sie die Verwandten oder Verschwägerten, dass Mieteinnahmen grundsätzlich zu versteuerndes Einkommen sind, das beim Finanzamt im Rahmen der Steuererklärung anzugeben ist.**

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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (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)

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

Formular drucken