

# 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](http://www.lra-sm.de).

## 1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede

Vorname

Familienname

Geburtsdatum

Aktenzeichen (falls vorhanden)

## 2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf folgende weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft <sup>4</sup>

### 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 lebt regelmäßig wechselseitig in meinem Haushalt und im Haushalt des anderen Elternteils.

- Diese Angabe ist nur für eine weitere Person zwischen 15 und 18 Jahren erforderlich..

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

Name des Jobcenters/Sozialamtes

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Die weitere Person ist **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**.  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.  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, Studentin/Student, oder Auszubildende/Auszubildender**  Ja  Nein

- 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, 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

► 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**.

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

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

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

Die weitere Person hat eine **Behinderung und** erhält

- 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**   und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G oder aG**.

► Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.

Die weitere Person ist **Schülerin/Schüler** und es fallen Kosten für Schulbücher/Arbeitshefte an.

► Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.

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).

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



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.

► 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

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.

25

## 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

Krankenversichertennummer  
(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

Krankenversichertennummer  
(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](http://www.lra-sm.de).

**Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.**

**Ort/Datum**

**Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller**

(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

► **Bearbeitungsvermerk** (nur vom Jobcenter auszufüllen):

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

Handzeichen, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Kundin/des Kunden \_\_\_\_\_

Sonstige Anmerkungen des Jobcenters