

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 in den
Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie auch im Internet unter www.arbeitsagentur.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

2.1 Persönliche Daten

Anrede	Vorname
Familienname	ggf. Geburtsname
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer <input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt

2.2 Familienstand

Die weitere Person ist	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet
<input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit	
Die gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft der weiteren Person ist	
<input type="checkbox"/> eingetragen	<input type="checkbox"/> aufgehoben seit

2.3 Persönliche Angaben

<input type="checkbox"/> Ich bzw. meine Partnerin/mein Partner sind mit der weiteren Person verwandt.	
Name/n der mit der weiteren Person verwandten Person/en	Verwandtschaftsverhältnis
Die weitere Person ist Spätaussiedlerin bzw. Spätaussiedler . <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Die weitere Person ist Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz . <input checked="" type="radio"/>	
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.	



2

WEP

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen



Die weitere Person ist – ihrer Einschätzung nach – **gesundheitlich** 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 des SGB II. Sie kann in diesem Fall Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen.

Die weitere Person ist **Schülerin** bzw. **Schüler**. Ja Nein

Dauer der Schulausbildung von - bis

▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.

Die weitere Person ist **Studentin** bzw. **Student**. Ja Nein

Dauer des Studiums von - bis

▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.

Die weitere Person ist **Auszubildende** bzw. **Auszubildender**. Ja Nein

Dauer der Ausbildung von - bis

▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung 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

▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung 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 § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) **oder**
- sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes **oder**
- Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (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**.

▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.

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).

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

4. Einkommen

Bitte füllen Sie für die weitere Person die **Anlage EK** aus. Bei Einkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte zusätzlich die **Anlage EKS** aus.

5. Vermögen

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

6. Vorrangige Ansprüche

6.1 Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit

▶ 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, auch dann, wenn eine Sperrzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben in **Abschnitt 6.1** machen.

▶ Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf Arbeitslosengeld bestehen könnte.

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung

▶ Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

war die weitere Person **sozialversicherungspflichtig** beschäftigt.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Schulbescheinigung

Studienbescheinigung

Ausbildungsvertrag

Anlage MEB

Anlage BB

Anlage EK

Anlage EKS

Anlage VM

von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit
<input type="checkbox"/> war die weitere Person selbständig tätig.		
von - bis	Art der Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> hat die weitere Person Wehr- oder Ersatzdienst geleistet.		
<input type="checkbox"/> hat die weitere Person Angehörige gepflegt (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)).		
<input type="checkbox"/> hat die weitere Person Entgeltersatzleistungen erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (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.

Anlage UF

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.

6.4 Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen ○

Die weitere Person hat schon andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) **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

7.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ○

Die weitere Person ist in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflichtversichert.

Name der Krankenkasse

Sitz der Krankenkasse

Krankenversicherungsnummer

▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

▶ Nachfolgende Angaben sind erforderlich, um eine Familienversicherung zu prüfen. ○

Die getrennt lebende Ehegattin/der getrennt lebende Ehegatte bzw. die getrennt lebende eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerin/der getrennt lebende eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner der weiteren Person ist **gesetzlich pflicht-** oder **freiwillig versichert**.

▶ Bitte füllen Sie Abschnitt 7.2 aus.

Die weitere Person ist **jünger als 25 Jahre** und ihre Mutter/ihr Vater ist **gesetzlich pflicht- oder freiwillig versichert**.
▶ Bitte füllen Sie Abschnitt 7.2 aus.

7.2 Familienversicherung

Die weitere Person ist in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** familienversichert bei ihrer/ihrer

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ehegattin/Ehegatten | <input type="checkbox"/> eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner/in |
| <input type="checkbox"/> getrennt lebenden Ehegattin/Ehegatten | <input type="checkbox"/> getrennt lebenden eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner/in |
| <input type="checkbox"/> Mutter/Vater | <input type="checkbox"/> _____ |

Familienname	Vorname		
Geburtsdatum	Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	
Krankenversichertennummer (falls bekannt)			

7.3 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist privat oder freiwillig gesetzlich versichert. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 2 aus.	<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist nicht versichert . ▶ Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 3 aus.
---	--

Anlage SV

7.4 Zusatzbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung

<input type="checkbox"/> Die weitere Person zahlt einen Zusatzbeitrag. ▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.	Monatliche Höhe in Euro _____
--	----------------------------------

Beachten Sie bitte, dass Ihr Antrag in der Regel auf den Ersten des Monats zurückwirkt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II) und Sie deshalb Angaben – insbesondere zum Zufluss von Einkommen – für den kompletten Monat Ihrer Antragstellung machen müssen.

Die 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 SGB II erhoben.

Sie haben erklärt, als Vertreterin/Vertreter Ihrer Bedarfsgemeinschaft zu handeln. Auch die Angaben der Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft müssen vollständig und richtig sein.

Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft mit der Rückforderung der zu viel gezahlten Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus. Beachten Sie bitte, dass das Jobcenter im Wege des automatisierten Datenabgleichs Auskünfte bei Dritten, z. B. über Beschäftigungszeiten, Kapitalerträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten.

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)
-----------	--