

Anlage

für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft
– Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte die Anlage KI aus –



Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.



Reichen Sie bitte grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Kopien ein.



Hier finden Sie ein Video, das Ihnen beim Ausfüllen hilft. Unter www.jobcenter.digital erhalten Sie Informationen zu unseren digitalen Angeboten, das Merkblatt SGB II und weitere Anlagen zum Antrag.



Weitere Informationen finden Sie zu der jeweiligen Nummer in den Ausfüllhinweisen unter www.arbeitsagentur.de/hinweise-sgb2.

Die nachstehenden 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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	Kundennummer (falls vorhanden)

2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf folgende weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft ^④

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 ^①	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt

2.2 Familienstand der weiteren Person

<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit: _____
<input type="checkbox"/> geschieden seit: _____
<input type="checkbox"/> aufgehobene Lebenspartnerschaft seit: _____



2

WEP

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Kundennummer der weiteren Person

Die weitere Person hat sich ausgewiesen durch:

- Personalausweis
 Reisepass
 Sonstiges Ausweispapier (zum Beispiel elektronischer Aufenthaltstitel):

Gültig bis

AZR-Nummer der weiteren Person

Personenkennnummer der weiteren Person (bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)

Daten in STEP geprüft am

Handzeichen, Datum

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 beziehungsweise 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 anderen Jobcenters

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Bescheide) vor.

Die **weitere Person** fühlt sich **gesundheitlich** in der Lage, regelmäßig eine Tätigkeit von mindestens **drei Stunden täglich** auszuüben. Ja Nein 8

Die **weitere Person** ist **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**. Ja Nein 9
► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)) vor.

Die **weitere Person** ist **Schülerin/Schüler, Studentin/Student** oder **Auszubildende/Auszubildender**. Ja Nein 10

Dauer der Schulausbildung von - bis	► Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (zum Beispiel Schulbescheinigung) vor.
Dauer des Studiums von - bis	► Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (zum Beispiel 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. 10
► Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise vor.

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

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Schulbescheinigung

Ausbildungsvertrag

Anlage MEB

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 § 112 SGB IX.

► Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.

Die **weitere Person** ist **nicht erwerbsfähig** und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Absatz 5 SGB IX mit dem **Merkmale G oder aG**. 8 16
► Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis (zum Beispiel Schwerbehindertenausweis) vor.

- Die **weitere Person** hat einen **unabweisbaren besonderen Bedarf**, den sie nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (zum Beispiel Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern).
▶ Bitte füllen Sie die **Anlage BB** aus. (17)
-
- Die **weitere Person** ist **Schülerin/Schüler** und hat Kosten für **Schulbücher/Arbeitshefte**.
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor. (18)

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 einer Antragstellung ist grundsätzlich die Vorlage von Kontoauszügen erforderlich. Bitte legen Sie daher Kontoauszüge der letzten drei Monate vor. (43)

5. Vermögen (20)

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

6. Lebenssituation der weiteren Person

6.1 Vorrangige Leistungen (21)

- ▶ Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf andere Leistungen oder gegenüber Dritten bestehen könnte.
- ▶ Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

In den letzten 5 Jahren (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
<input type="checkbox"/> war die weitere Person selbständig tätig.			
von - bis	Art der Tätigkeit		
<input type="checkbox"/> hat die weitere Person einen Wehrdienst oder freiwilligen Dienst geleistet (zum Beispiel Freiwilliges Soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst).			
<input type="checkbox"/> hat die weitere Person Angehörige gepflegt (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch).			
<input type="checkbox"/> hat die weitere Person Entgeltersatzleistungen erhalten (zum Beispiel Krankengeld, Arbeitslosengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Übergangsgeld).			
von - bis	Leistung		
<input type="checkbox"/> trifft keiner dieser Punkte auf die weitere Person zu. Die weitere Person hat ihren Lebensunterhalt wie folgt bestritten (zum Beispiel finanzielle Unterstützung durch Verwandte/Bekannte, Ersparnisse, Erbschaft):			

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

- Anlage BB
- _____
- Anlage EK
- Anlage EKS
- Kontoauszüge
- Anlage VM

6.2 Ansprüche gegenüber Dritten (23) (24)

<input type="checkbox"/> Die weitere Person hat schon andere Leistungen beantragt oder beabsichtigt, einen Antrag zu stellen . Dazu zählen beispielsweise Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG), Berufsausbildungsbeihilfe (BAB), Wohngeld, Arbeitslosengeld, Renten (Alters-, Hinterbliebenen- und Grundrenten), Krankengeld, Kindergeld und Kinderzuschlag.	
Leistungsart	Antragsdatum
Sozialleistungsträger/Familienkasse	
▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis vor.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person erhebt Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (zum Beispiel bei Zahlungsunfähigkeit/ Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (zum Beispiel bei noch ausstehenden Abfindungen).	
Arbeitgeber	Anschrift
Grund	
▶ Bitte legen Sie einen geeigneten Nachweis vor (zum Beispiel Schriftwechsel mit ihrer Rechtsanwältin/i ihrem Rechtsanwalt oder dem Gericht).	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person lebt getrennt von ihrer Ehegattin/i ihrem Ehegatten oder ihrer eingetragenen Lebenspartnerin/i ihrem eingetragenen Lebenspartner.	
▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH1 aus.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist geschieden oder die eingetragene Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben.	
▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH1 aus.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist schwanger oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren.	
▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH2 aus.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist <ul style="list-style-type: none"> • 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 das 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.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person hat einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (zum Beispiel Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung). Die weitere Person muss deshalb Leistungen beim Jobcenter beantragen.	
▶ Bitte füllen Sie die Anlage UF aus.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person hat einen Anspruch gegenüber Dritten (zum Beispiel aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen).	
Bezeichnung des Anspruchs	
▶ Bitte weisen Sie den Anspruch durch aktuelle Unterlagen nach.	
Für die weitere Person wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber (25) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben.	
▶ Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor.	

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	Anlage UH1
<input type="checkbox"/>	Anlage UH1
<input type="checkbox"/>	Anlage UH2
<input type="checkbox"/>	Anlage UH3
<input type="checkbox"/>	Anlage UH4
<input type="checkbox"/>	Anlage UF
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

7. Kranken- und Pflegeversicherung 26 27

7.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

<input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> der bisherigen Krankenkasse.	
Name der Krankenkasse	Krankenversicherthenummer (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.	
<input type="checkbox"/> einer anderen Krankenkasse.	
Name der Krankenkasse	Krankenversicherthenummer (falls bekannt)
► Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Krankenkassenwahl vor, wenn die weitere Person die Krankenkasse wechselt. 26	

7.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist privat oder freiwillig gesetzlich versichert.	<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist nicht versichert.
► Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 3 aus.	► Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 4 aus.

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

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

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden