

# 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 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

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter

## 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

### 2.1 Persönliche Daten

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer <input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt

### 2.2 Familienstand

Die **weitere Person** ist

ledig                       verheiratet                       verwitwet

geschieden seit                       dauernd getrennt lebend seit

---

oder die eingetragene Lebenspartnerschaft der **weiteren Person** ist

eingetragen seit                       aufgehoben seit                       dauernd getrennt seit



# WEP

Bearbeitungsvermerke  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Kundennummer der weiteren Person

Die weitere Person hat sich  
ausgewiesen durch

- Personalausweis  
 Reisepass  
 Sonstiges Ausweispapier (z. B. elektronischer Aufenthaltstitel):

Gültig bis

AZR-Nummer der weiteren Person

Personenkennnummer der weiteren Person (bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)





Die **weitere Person** hat einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (z. B. Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung). Die weitere Person muss deshalb Leistungen beim Jobcenter beantragen.

▶ Bitte füllen Sie die \_\_\_\_\_ 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 aktuelle Unterlagen nach.

Die **weitere Person** lebt getrennt von ihrer Ehegattin/ihrem Ehegatten bzw. ihrer eingetragenen Lebenspartnerin/ihrem eingetragenen Lebenspartner.

▶ Bitte füllen Sie die \_\_\_\_\_ aus.

Die **weitere Person** ist geschieden bzw. die eingetragene Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben.

▶ Bitte füllen Sie die \_\_\_\_\_ aus.

Die **weitere Person** ist schwanger oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren.

▶ Bitte füllen Sie die \_\_\_\_\_ 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 und außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

▶ Bitte füllen Sie die \_\_\_\_\_ aus, falls die weitere Person das Kind ist.

▶ Bitte füllen Sie die \_\_\_\_\_ aus, falls die weitere Person nicht das Kind ist und Sie mit Ihr in einer Partnerschaft leben.

Für die **weitere Person** wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben.

▶ Bitte legen Sie hierzu geeignete Unterlagen vor (z. B. Kopie der Verpflichtungserklärung).

## Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage UF

\_\_\_\_\_

Anlage UH1

Anlage UH1

Anlage UH2

Anlage UH3

Anlage UH4

\_\_\_\_\_

## 7. Kranken- und Pflegeversicherung

### 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.

Name 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.

Die **weitere Person** ist **familienversichert** und ist in Zukunft pflichtversichert bei

der bisherigen Krankenkasse.

einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die 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.

▶ Bitte füllen Sie die \_\_\_\_\_ aus.

Die **weitere Person** ist **nicht** versichert.

▶ Bitte füllen Sie die \_\_\_\_\_ aus.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

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

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

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden