

# 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 zu der jeweiligen Nummer  
in den Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de).

## 1. Meine persönlichen Daten

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Anrede   | Vorname                        |
| Familienname                                     | Geburtsdatum                   |
| Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden) | Kundennummer (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              | Geburtsname (sofern abweichend)                                    |
| Geburtsort                | Geburtsdatum   |
| Geburtsland               | Staatsangehörigkeit  |
| Rentenversicherungsnummer | <input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt |

### 2.2 Familienstand

Die weitere Person ist

ledig       verheiratet       verwitwet

geschieden seit       dauernd getrennt lebend seit

Die gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft der weiteren Person ist

eingetragen       aufgehoben seit

### 2.3 Persönliche Angaben

Ich bin mit der weiteren Person verwandt.

Meine Partnerin/mein Partner ist mit der weiteren Person verwandt.

Verwandtschaftsverhältnis

Die weitere Person hat bzw. für die weitere Person wurden für den Monat Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen.       Ja       Nein

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.



2

# WEP

Bearbeitungsvermerke  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Kundennummer der weiteren Person

AZR-Nummer der weiteren Person

Personenkennnummer der weiteren Person (bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)

Die weitere Person ist **Spätaussiedlerin/Spätaussiedler** und besitzt noch nicht die **deutsche** Staatsangehörigkeit.  Ja  Nein  
▶ Falls ja, legen Sie bitte den **Aufnahmebescheid** vor.

---

Die weitere Person ist **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**.  Ja  Nein  
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung) 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**.  Ja  Nein  
Dauer der Schulausbildung von - bis   ▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Schulbescheinigung) vor.

---

Die weitere Person ist **Studentin/Student**.  Ja  Nein  
Dauer des Studiums von - bis   ▶ Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung vor.

---

Die weitere Person hat Leistungen nach dem **Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)** beantragt.  Ja  Nein  
▶ Falls ja, legen Sie bitte einen Nachweis über die Antragstellung oder – soweit über Ihren BAföG-Antrag bereits entschieden wurde – den entsprechenden Bescheid über die Bewilligung oder Ablehnung vor.

---

Die weitere Person ist **Auszubildende/Auszubildender**.  Ja  Nein  
Dauer der Ausbildung von - bis   ▶ Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung vor.

---

Während der Ausbildung ist die weitere Person in einem **Wohnheim, Internat** oder beim **Ausbilder mit voller Verpflegung** oder **anderweitig mit Kostenerstattung** für Unterkunft und Verpflegung untergebracht.  
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende 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.

Bearbeitungsvermerke  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Aufnahmebescheid

Studienbescheinigung

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**.   
▶ 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  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 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 \_\_\_\_\_ aus.

#### 4. Einkommen

Die weitere Person erzielt Einkommen und/oder übt eine selbständige Tätigkeit (auch in der Land- und Forstwirtschaft) aus.  Ja  Nein

▶ Falls ja, füllen Sie bitte für die weitere Person die \_\_\_\_\_ aus. Bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit füllen Sie bitte **zusätzlich** die \_\_\_\_\_ aus.

#### 5. Vermögen

Die weitere Person besitzt Vermögen.  Ja  Nein

▶ Bitte tragen Sie Angaben über die Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft in die \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ ein. Dies gilt auch, wenn eine Sperrzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben in **Abschnitt 6.1** machen.

**Innerhalb** der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung

- ▶ Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf Arbeitslosengeld bestehen könnte.
- ▶ Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Verwenden Sie ggf. ein gesondertes Blatt und legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

war die weitere Person **sozialversicherungspflichtig** beschäftigt.

|           |             |                   |
|-----------|-------------|-------------------|
| von - bis | Arbeitgeber | Art der Tätigkeit |
|           |             |                   |
| von - bis | Arbeitgeber | Art der Tätigkeit |
|           |             |                   |

war die weitere Person **selbständig** tätig.

|           |                   |
|-----------|-------------------|
| von - bis | Art der Tätigkeit |
|           |                   |

hat die weitere Person **Wehr- oder Ersatzdienst** geleistet.

hat die weitere Person **Angehörige gepflegt** (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch).

hat die weitere Person **Entgeltersatzleistungen** erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem 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 \_\_\_\_\_ aus.

Bearbeitungsvermerke  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage BB

Anlage EK  
 Anlage EKS

Anlage VM

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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, Rente, Kindergeld) **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 oder war zuletzt in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflicht- oder familienversichert

|                       |                       |  |
|-----------------------|-----------------------|--|
| Name der Krankenkasse | Sitz der Krankenkasse | Krankenversicherertennummer<br>(falls bekannt) |
|-----------------------|-----------------------|--|

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen 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 künftig pflichtversichert bei

der bisherigen Krankenkasse.

einer anderen Krankenkasse.

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Name der Krankenkasse | Sitz der Krankenkasse |
|-----------------------|-----------------------|

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen 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 \_\_\_\_\_ aus. ▶ Bitte füllen Sie die \_\_\_\_\_ aus.

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.

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

|           |  |
|-----------|--|
| Ort/Datum | Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller<br>(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters) |
|-----------|--|

▶ Nur auszufüllen bei vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen:

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<br>(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters) |
|-----------|--|

Bearbeitungsvermerke  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anlage SV