



Zutreffendes bitte ankreuzen!



Weitere Informationen finden Sie in den Ausfüllhinweisen!

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe „Merkblatt SGB II“). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c SGB X für die Leistungen nach dem SGB II erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.stuttgart.de/datenschutz/jobcenter-datenschutzinformationen.php.

Die Ausfüllhinweise und weitere Anlagen finden Sie auch im Internet unter www.stuttgart.de oder www.jobcenter.digital.

Anlage

für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte die Anlage KI aus.

1 Persönliche Daten der antragstellenden Person

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	

2 Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf folgende weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft 5

2.1 Persönliche Daten

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer 1	Kundennummer der Agentur für Arbeit
Steueridentifikationsnummer	Nummer aus dem Ausländerzentralregister (AZR-Nr.) - soweit bekannt 2

2.2 Familienstand

Die weitere Person ist

ledig
 verheiratet seit _____
 verwitwet seit _____
 geschieden seit _____
 dauernd getrennt lebend seit _____

Die gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft der weiteren Person ist

eingetragen seit _____
 aufgehoben seit _____
 dauernd getrennt lebend seit _____

WEP

Bearbeitungsvermerke

Wird vom Jobcenter ausgefüllt.

Antragstellerin/Antragsteller hat sich ausgewiesen durch

- Bundespersonalausweis
 Pass
 Aufenthaltstitel
 sonstiges Ausweispapier gültig bis _____

AZR-Nr. _____

Handzeichen, Datum _____

2.3 Persönlichen 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. (5a)
 ► Diese Angabe ist nur für eine weitere Person zwischen 15 und 18 Jahren erforderlich.

Die weitere Person hat bzw. für die weitere Person wurden innerhalb der letzten drei Jahre bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen. ja nein
 ► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

Die weitere Person fühlt sich **gesundheitlich** in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens **drei Stunden täglich** auszuüben. (9) ja nein

Die weitere Person ist **Berechtigte(r)** nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. (10) ja nein
 ► Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsge-
 stattung, Duldung, Bescheid des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge - BAMF).

Die weitere Person ist **Schülerin** bzw. **Schüler**. (11) ja nein
 Dauer der Schulausbildung (von - bis) ja nein
 ► Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor (z. B. Schulbescheinigung).

Die weitere Person ist **Studentin** bzw. **Student**. (11) ja nein
 Dauer des Studiums (von - bis) ja nein
 ► Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor (z. B. Immatrikulationsbescheinigung).

Die weitere Person hat Leistungen nach dem **Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)** beantragt. ja nein
 ► Bitte legen Sie einen Nachweis über die Antragstellung oder - soweit über den (BAföG)-Antrag bereits entschieden wurde - den entsprechenden Bescheid über die Bewilligung oder Ablehnung vor.

Die weitere Person ist **Auszubildende** bzw. **Auszubildender**. (11) ja nein
 Dauer der Ausbildung (von - bis) ja nein
 ► Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor (z. B. Ausbildungsvertrag).

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. (11) ja nein
 ► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

Die weitere Person befindet sich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (z. B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). (12) ja nein
 Dauer der Unterbringung (von - bis) | Art der stationären Einrichtung

► Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.

Schulbescheinigung

Immatrikulationsbescheinigung

Ausbildungsvertrag

Anlage MEB

3 Prüfung eines Mehrbedarfs

Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf geltend machen möchten.

Die weitere Person ist **schwanger**.
 ► Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht. (13)

Die weitere Person benötigt aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**. (15)
 ► Bitte füllen Sie die **Anlage MEB** aus.

Anlage BB

Anlage EK

Anlage EKS

Kontoauszüge

Anlage VM

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

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 SGB IX **oder**
- sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes **oder**
- Eingliederungshilfen nach § 112 SGB IX.

▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor. (16)

Die weitere Person ist **nicht erwerbsfähig** und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Abs. 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G** oder **aG**. (9) (17)

▶ Bitte legen Sie einen Schwerbehindertenausweis vor.

Die weitere Person hat einen **unabweisbaren, besonderen Bedarf**, den sie nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (z. B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern). (18)

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

4 Einkommen (19)

- ▶ Füllen Sie bitte zur Prüfung der Einkommensverhältnisse der weiteren Person 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. (42)

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.

Innerhalb der letzten 5 Jahre (22)

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

<input type="checkbox"/> war die weitere Person beschäftigt .		
von - bis	Arbeitgeber/-in	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> Minijob
von - bis	Arbeitgeber/-in	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> Minijob
von - bis	Arbeitgeber/-in	<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 Wehrdienst oder freiwilligen Dienst geleistet (z. B. FSJ, Bundesfreiwilligendienst).		
von - bis		
<input type="checkbox"/> hat die weitere Person Angehörige gepflegt (Pflege nach dem SGB XI).		
von - bis		

hat die weitere Person **Entgeltersatzleistungen** erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Übergangsgeld).

von - bis	Behörde	Leistung
von - bis	Behörde	Leistung

Es trifft keiner der oben genannten Punkte auf die **weitere Person** zu. Die weitere Person hat ihren **Lebensunterhalt wie folgt bestritten** (z. B. finanzielle Unterstützung durch Verwandte/Bekannte, Ersparnisse, Erbschaft):

6.2 Ansprüche gegenüber Dritten (23) (24)

Die **weitere Person** hat schon andere Leistungen **beantragt** oder **beabsichtigt, einen Antrag zu stellen**. Dazu zählen z. B. Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz - BAföG, Berufsausbildungsbeihilfe - BAB, Wohngeld, Arbeitslosengeld, Rente (Alters-, Hinterbliebenen- und Grundrente), Krankengeld, Kindergeld und Kinderzuschlag.

Leistungsart	Sozialleistungsträger/Familienkasse
Antragsdatum	Leistungen beantragt ab

▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, sofern schon über den Antrag/die Anträge entschieden wurde.

Die **weitere Person** erhebt Ansprüche gegen eine ehemalige Arbeitgeberin/einen ehemaligen Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (z. B. bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden, z. B. bei noch ausstehenden Abfindungen.

Arbeitgeber/-in	Anschrift
Grund	

▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor (z. B. Schriftwechsel mit Ihrer Rechtsanwältin/Ihrem Rechtsanwalt oder dem Gericht).

Die **weitere Person** hat einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (z. B. Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, 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.

Die **weitere Person** lebt getrennt von ihrer Ehepartnerin/von ihrem Ehepartner 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 oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage UH2** aus.

Anlage UF

Anlage UH1

Anlage UH1

Anlage UH2

- 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, falls die weitere Person das Kind ist.

- Für die **weitere Person** wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben. (25)
- ▶ Bitte legen Sie hierzu geeignete Unterlagen vor (z. B. Kopie der Verpflichtungserklärung).

Anlage UH3

7 Kranken- und Pflegeversicherung (26)

7.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

- Die weitere Person ist in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflicht- oder familienversichert. (27)

Mit Beginn des Anspruchs auf Bürgergeld möchte ich versichert werden bei:

- der bisherigen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

Krankenversicherternummer (falls bekannt)

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor. Ersatzweise können Sie auch Ihre gültige elektronische Gesundheitskarte vorlegen, diese wird nicht zur Akte genommen.

Mitgliedsbescheinigung

- einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

Krankenversicherternummer (falls bekannt)

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Krankenkassenwahl vor, wenn Sie die Krankenkasse (28) wechseln.

7.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

- Die weitere Person ist **privat** krankenversichert.
- Die weitere Person ist **freiwillig gesetzlich** krankenversichert.
- Die weitere Person ist **nicht** krankenversichert.

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

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.

Sie haben erklärt, als vertretende Person 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, Kapitalverträge, 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.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort, Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
Ort, Datum	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/ Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/ Antragsteller

bei Betreuten:

Ort, Datum	Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers
------------	---

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeitenden des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen bei den Ziffern:

Ort, Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
Ort, Datum	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/ Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/ Antragsteller

Aus Gründen der Lesbarkeit wurden in diesem Vordruck Bezeichnungen wie z. B. „Antragstellerin/Antragsteller“ für alle Geschlechter verwendet.