



Zutreffendes bitte ankreuzen!



Weitere Informationen finden Sie in den Ausfüllhinweisen!

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

Anlage

für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft (zu Ziffer 2.1 des Hauptantrags)

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

1 Meine persönlichen Daten

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	

2 Weitere Person in meiner Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen ⑨

2.1 Persönliche Daten

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname
Familienname	Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Sozialversicherungsnummer ①	Kundennummer der Agentur für Arbeit
Steueridentifikationsnummer	

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 _____

2.3 Persönlichen Angaben

Ich bzw. meine Partnerin/mein Partner sind mit der in 2.1 genannten Person verwandt.

Name(n) der mit der in 2.1 genannten Person verwandten Person(en)	Verwandtschaftsverhältnis
---	---------------------------

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

► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

WEP

Bearbeitungsvermerke

Wird vom Jobcenter ausgefüllt.

Antragstellerin/Antragsteller hat sich ausgewiesen durch

Bundespersonalausweis

Pass

Aufenthaltstitel

sonstiges Ausweispapier

gültig bis _____

AZR-Nr. _____

Handzeichen, Datum _____

Die weitere Person ist Spätaussiedlerin bzw. Spätaussiedler . (4)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Die weitere Person ist Asylbewerberin bzw. Asylbewerber . (5) ▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor, wenn die weitere Person Asylbewerber/-in ist (z. B. Aufenthaltserlaubnis usw.).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Die weitere Person ist - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. (6)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Die weitere Person ist Schülerin bzw. Schüler . (7) Dauer der Schulausbildung (von - bis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.		
Die weitere Person ist Studentin bzw. Student . (7) Dauer des Studiums (von - bis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.		
Die weitere Person hat Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) beantragt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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 . (7) Dauer der Ausbildung (von - bis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▶ Bitte legen Sie 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.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.		
Die weitere Person befindet sich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Justizvollzugsanstalt). (8) Dauer der Unterbringung (von - bis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▶ Bitte legen Sie eine gültige Bescheinigung vor.		

Schulbescheinigung

Studienbescheinigung

Ausbildungsvertrag

3 Prüfung eines Mehrbedarfs

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

<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist schwanger . ▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht. (14)
<input type="checkbox"/> Die weitere Person benötigt aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung . ▶ Bitte füllen Sie die Anlage MEB aus. (15)
<input type="checkbox"/> Die weitere Person hat eine Behinderung und erhält <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX oder <input type="checkbox"/> sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes oder <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB XII. ▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor. (16)
<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist nicht erwerbsfähig und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G . (17) ▶ Bitte legen Sie einen Schwerbehindertenausweis vor.
<input type="checkbox"/> 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 für den Besuch eines außerhalb der Bedarfsgemeinschaft lebenden Elternteils). (18) ▶ Bitte füllen Sie die Anlage BB aus.

Anlage MEB

Anlage BB

4 Einkommen (19)

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

Anlage EK
 Anlage EKS

5 Vermögen (20)

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

Anlage VM

6 Vorrangige Ansprüche (21)

6.1 Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit (22)

► Wenn die weitere Person Arbeitslosengeld nach dem SGB III bereits beantragt hat, tragen Sie dies bitte bei **Ziffer 6.4** ein. Sollte das Arbeitslosengeld aktuell bereits bewilligt sein, tragen Sie dies in **Anlage EK, Ziffer 2**, ein, auch dann, wenn eine Sperrzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben bei **Ziffer 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.

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

war die weitere Person **selbständig** tätig.

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

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

von - bis
von - bis

hat die weitere Person **Angehörige gepflegt** (Pflege nach dem SGB XI).

von - bis
von - bis

hat die weitere Person **Entgeltersatzleistungen** erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem SGB III).

von - bis	Behörde	Leistung
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 einen entsprechenden Nachweis 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

Mitgliedsbescheinigung

Anlage SV

Anlage SV

Die weitere Person hat einen Anspruch gegenüber Dritten (z. B. aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen). (23)
Bezeichnung des Anspruchs

► Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach.

6.4 Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen (24)

Die weitere Person hat schon andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld nach dem SGB III) **beantragt** oder **beabsichtigt, einen solchen 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 Sozialversicherung

7.1 Kranken- und Pflegeversicherung (25)

7.1.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die weitere Person ist in der **gesetzlichen Krankenversicherung** pflichtversichert.

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherer- nummer
-----------------------	-----------------------	-------------------------------

► Bitte legen Sie die aktuelle Mitgliedsbescheinigung vor.

► Nachfolgende Angaben sind erforderlich, um eine Familienversicherung zu prüfen. (26)

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

► Bitte füllen Sie Ziffer 7.1.2 aus.

Die weitere Person ist **jünger als 25 Jahre** und ihre Mutter/ihr Vater ist **gesetzlich pflicht-** oder **freiwillig gesetzlich versichert.**

► Bitte füllen Sie Ziffer 7.1.2 aus.

7.1.2 Familienversicherung (26)

Die weitere Person ist in der **gesetzlichen Krankenversicherung** 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
Krankenversicherer- nummer (falls bekannt)		

7.1.3 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Versicherung

Die weitere Person ist **privat** oder **freiwillig gesetzlich** krankenversichert.

► Bitte füllen Sie die **Anlage SV, Ziffer 2**, aus.

Die weitere Person ist **nicht** krankenversichert.

► Bitte füllen Sie die **Anlage SV, Ziffer 3**, aus.

7.2 Rentenversicherung

- Die weitere Person ist in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert.
- Die weitere Person ist **nicht** in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert.

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 bis 65 SGB I und der §§ 67a, b, c 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, 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 Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter 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