



**Anlage für ein Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft
(Anlage KI)**

Bitte füllen Sie dieses Formular für jedes Kind aus, das zu Ihrer Bedarfsgemeinschaft gehört und das 15. Lebensjahr noch nicht erreicht hat. Jedes Kind benötigt eine eigene Anlage KI. Für Personen über 15 Jahre füllen Sie bitte die Anlage WEP aus.

1. Persönliche Daten der antragstellenden Person		Eingangsstempel:
Aktenzeichen (falls vorhanden)		
Familienname	Vorname	Geburtsdatum

2. Persönliche Angaben des Kindes unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft	
Familienname	Vorname
Geburtsname (sofern abweichend)	Geburtsdatum
Geburtsort	Geburtsland
Geschlecht	Staatsangehörigkeit
► Bitte tragen Sie hier das Datum der Einreise nach Deutschland ein, sofern das Kind keine deutsche Staatsangehörigkeit hat und zuvor im Ausland gelebt hat. Einreisedatum: _____	
Rentenversicherungsnummer	☐ Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt.
Steuer-ID	
In welcher Beziehung stehen Sie zum Kind? ☐ leibliches Kind ☐ Kind meiner Partnerin/meines Partners ☐ Adoptivkind ☐ Bruder/ Schwester/ Geschwisterkind ☐ Sonstiges: _____	
Hat das Kind einen Vormund? ☐ Ja ☐ Nein ► Falls ja, legen Sie bitte eine Kopie der Bestellungsurkunde vor.	
Das Kind ist Schülerin/Schüler ☐ Ja ☐ Nein	
Das Kind wurde eingeschult oder wird voraussichtlich eingeschult am _____. ► Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis über den Einschulungstermin vor.	
Es wurden für das Kind bereits Leistungen für persönliche Schulbedarfe des aktuellen Schuljahres bei einer anderen Stelle beantragt oder von dieser geleistet. ☐ Ja ☐ Nein ► Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise vor.	

Für das Kind wurden innerhalb der letzten drei 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.	
Das Kind ist Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz .	☐ Ja ☐ Nein
► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)) vor.	
Bis wann erhält das Kind Asylbewerberleistungen: _____	
Angaben Ausländerzentralregisternummer des Kindes, sofern diese vorliegen	
Ausländerzentralregisternummer	
Das Kind befindet sich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (zum Beispiel in einem Krankenhaus).	☐ 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.	

3. Ansprüche gegenüber Dritten	
☐ Ein Elternteil des Kindes lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft. ► Bitte füllen Sie die Anlage UH3 aus.	
☐ Das Kind hat einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (zum Beispiel Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung). ► Bitte füllen Sie die Anlage UF aus.	
Für das Kind wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben.	☐ Ja ☐ Nein
► Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor.	

4. Prüfung der besonderen Lebenssituation des Kindes
► Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.
☐ Das Kind benötigt aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung . ► Bitte füllen Sie die Anlage MEB aus.
☐ Das Kind ist schwanger / Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____ ► Bitte füllen Sie die Anlage UH2 aus.
☐ Das Kind hat einen unabweisbaren besonderen Bedarf auf Grund eines besonderen Lebensumstandes. ► Bitte füllen Sie die Anlage BB aus.
☐ Das Kind lebt regelmäßig wechselseitig im Haushalt und im Haushalt des anderen Elternteils
☐ Das Kind ist Schülerin/Schüler und es fallen Kosten für Schulbücher/Arbeitshefte an. ► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

5. Kranken- und Pflegeversicherung

► Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Versicherung des Kindes vor (zum Beispiel die gültige elektronische Gesundheitskarte des Kindes in Kopie).

Das Kind ist oder war zuletzt in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung**

☐ **familienversichert.**

☐ **pflichtversichert** (zum Beispiel durch den Bezug einer Hinterbliebenenrente).

Name der Krankenkasse

Krankenversichertennummer (falls bekannt)

Das Kind ist in Zukunft pflichtversichert bei

☐ der bisherigen Krankenkasse.

☐ einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

Krankenversichertennummer (falls bekannt)

► Bitte füllen Sie die **Anlage SV** aus, wenn das Kind privat oder in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung freiwillig versichert ist.

Hinweis zum Datenschutz

Ihre Angaben unterliegen dem Sozialdatenschutz und 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 Ihrem zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter <https://www.landkreis-ludwigsburg.de/datenschutz/>.

Ich bestätige, dass die Angaben vollständig und richtig sind.

Ort/Datum

Unterschrift antragstellende Person

(bei Minderjährigen: Unterschrift erziehungs- oder sorgeberechtigte Person)

Ort/Datum

Unterschrift Betreuerin/Betreuer/Vormund