



Anlage für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft (Anlage WEP)

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

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

2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft			
2.1 Persönliche Daten der weiteren Person			
Familienname		Vorname	
Geburtsname (sofern abweichend)		Geburtsdatum	
Geburtsort		Geburtsland	
Geschlecht	Staatsangehörigkeit		
<p>► Bitte tragen Sie hier das Datum der Einreise nach Deutschland ein, sofern die weitere Person keine deutsche Staatsangehörigkeit hat und zuvor im Ausland gelebt hat.</p> <p>Einreisedatum _____</p>			
Rentenversicherungsnummer		<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt.	
Steuer-ID			

2.2 Familienstand der weiteren Person	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	
<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit: _____	
<input type="checkbox"/> geschieden seit: _____	
<input type="checkbox"/> aufgehobene Lebenspartnerschaft seit: _____	
<input type="checkbox"/> Ich bin mit der weiteren Person verwandt.	
<input type="checkbox"/> Meine Partnerin/mein Partner ist mit der weiteren Person verwandt. Verwandtschaftsverhältnis: _____	

2.3 Persönliche Angaben zur weiteren Person	
Die weitere Person lebt regelmäßig wechselseitig in meinem Haushalt und im Haushalt des anderen Elternteils.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die weitere Person hat oder für die weitere Person wurden innerhalb der letzten 3 Jahre bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name des anderen Jobcenters _____	
▶ Legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Bescheide) vor.	
Die weitere Person fühlt sich gesundheitlich in der Lage, regelmäßig eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die weitere Person ist Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz .	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▶ Legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für _____	
Haben Sie eine Ausländerzentralregisternummer? Geben Sie die Nummer bitte an: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die weitere Person ist Schülerin/Schüler, Studentin/Student oder Auszubildende/Auszubildender .	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dauer der Schulausbildung von - bis _____	▶ Legen Sie bitte aktuelle Nachweise (zum Beispiel Schulbescheinigung) vor.
Dauer des Studiums von - bis _____	▶ Legen Sie bitte aktuelle Nachweise (zum Beispiel Immatrikulationsbescheinigung) vor.
Dauer der Ausbildung von - bis _____	▶ Legen Sie bitte den Ausbildungsvertrag vor.
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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▶ Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise vor.	
Die weitere Person befindet sich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (zum Beispiel Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt).	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dauer der Unterbringung von - bis _____	Art der stationären Einrichtung _____
▶ Legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und die Dauer vor.	

3. Prüfung eines Mehrbedarfs	
▶ Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist schwanger . Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____	
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person benötigt aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung .	
▶ Bitte füllen Sie die Anlage MEB aus.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person hat eine Behinderung und erhält	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) oder	
<input type="checkbox"/> sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes oder	
<input type="checkbox"/> Eingliederungshilfen nach § 112 SGB IX.	
▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist nicht erwerbsfähig und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Absatz 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G oder aG .	
▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis (zum Beispiel Schwerbehindertenausweis) vor.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person hat einen unabweisbaren besonderen Bedarf , den sie nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (zum Beispiel Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrenntlebenden Eltern).	
▶ Bitte füllen Sie die Anlage BB aus.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist Schülerin/Schüler und es fallen Kosten für Schulbücher/Arbeitshefte an.	
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.	

4. Einkommen

Erzielt die weitere Person Einkommen?

Ja Nein

► Zur Prüfung der Einkommensverhältnisse der weiteren Person füllen Sie bitte die **Anlage EK** aus. Bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit füllen Sie bitte **zusätzlich** die **Anlage EKS** aus.

5. Vermögen

Besitzt die weitere Person Vermögen?

Ja Nein

► 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

► Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf andere Leistungen oder gegenüber Dritten bestehen könnte.
► Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

In den letzten 5 Jahren

war die **weitere Person beschäftigt**.

von - bis

Arbeitgeber

sozialversicherungspflichtig

Minijob

von - bis

Arbeitgeber

sozialversicherungspflichtig

Minijob

war die **weitere Person selbständig tätig**.

von - bis

Art der Tätigkeit

hat die **weitere Person** einen **Wehrdienst** oder **freiwilligen Dienst** geleistet (zum Beispiel Freiwilliges Soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst).

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

hat die **weitere Person Entgeltersatzleistungen** erhalten (zum Beispiel Krankengeld, Arbeitslosengeld, Elterngeld, Übergangsgeld).

von - bis

Leistung

trifft keiner dieser Punkte auf die **weitere Person** zu. Die weitere Person hat ihren **Lebensunterhalt wie folgt bestritten** (zum Beispiel finanzielle Unterstützung durch Verwandte/Bekannte, Ersparnisse, Erbschaft):

6.2 Ansprüche gegenüber Dritten

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

Leistungsart

Antragsdatum

Sozialleistungsträger/Familienkasse

► Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis vor.

Die **weitere Person** erhebt Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohnansprüche (zum Beispiel bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (zum Beispiel bei noch ausstehenden Abfindungen).

Arbeitgeber

Anschrift

Grund

► Bitte legen Sie einen geeigneten Nachweis vor (zum Beispiel Schriftwechsel mit der Rechtsanwältin/dem Rechtsanwalt oder dem Gericht).

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

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH1** aus.

<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist geschieden oder die eingetragene Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH1 aus.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist schwanger. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UH2 aus.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist <ul style="list-style-type: none"> • 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.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person hat einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (zum Beispiel Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung). Die weitere Person muss deshalb Leistungen beim Jobcenter beantragen. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage UF aus.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person hat einen Anspruch gegenüber Dritten (zum Beispiel aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen). Bezeichnung des Anspruchs	
▶ Bitte weisen Sie den Anspruch durch aktuelle Unterlagen nach.	
Für die weitere Person wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein oder der Auslandsvertretung abgegeben. ▶ Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor.	

7. Kranken- und Pflegeversicherung	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist oder war zuletzt in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflicht- oder familienversichert Mit Beginn des Anspruchs auf Leistungen nach dem SGB II möchte die weitere Person versichert werden bei:	
<input type="checkbox"/> der bisherigen Krankenkasse. Name der Krankenkasse <input style="width: 400px;" type="text"/> Krankenversichertennummer (falls bekannt) <input style="width: 150px;" type="text"/>	
▶ Legen Sie bitte einen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Versicherung der weiteren Person vor (zum Beispiel die gültige elektronische Gesundheitskarte der weiteren Person).	
<input type="checkbox"/> einer anderen Krankenkasse. Name der Krankenkasse <input style="width: 400px;" type="text"/> Krankenversichertennummer (falls bekannt) <input style="width: 150px;" type="text"/>	
▶ Legen Sie bitte einen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Krankenkassenwahl vor, wenn die weitere Person die Krankenkasse wechselt.	
<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist privat oder freiwillig gesetzlich versichert. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 3 aus.	<input type="checkbox"/> Die weitere Person ist nicht versichert. ▶ Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 4 aus.

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 www.intranet.kreis-lb.de/landratsamt/datenschutz/datenschutzerklaerung/.

Ich bestätige, dass die Angaben vollständig und richtig sind.

Ort/Datum	Unterschrift antragstellenden Person (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
Ort/Datum	Unterschrift Betreuerin/Betreuer/Vormund