

# Anlage

für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft  
– Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte die Anlage KI aus –



Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.



Reichen Sie bitte grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Kopien ein.



Beim Ausfüllen helfen Ihnen unsere Erklärvideos. Informationen zu unseren digitalen Angeboten, das Merkblatt SGB II und weitere Anlagen zum Antrag erhalten Sie unter [www.jobcenter.digital](http://www.jobcenter.digital).



Weitere Informationen finden Sie zu der jeweiligen Nummer in den Ausfüllhinweisen unter [www.arbeitsagentur.de/hinweise-sgb2](http://www.arbeitsagentur.de/hinweise-sgb2).

Die nachstehenden 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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter [www.arbeitsagentur.de/datenerhebung](http://www.arbeitsagentur.de/datenerhebung).

## 1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	Kundennummer (falls vorhanden)

## 2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf folgende weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft <sup>4</sup>

### 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.</p>	
Einreisedatum	
Rentenversicherungsnummer <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt.

### 2.2 Familienstand der weiteren Person

- ledig    verheiratet    verwitwet    eingetragene Lebenspartnerschaft
- dauernd getrennt lebend seit: \_\_\_\_\_
- geschieden seit: \_\_\_\_\_
- aufgehobene Lebenspartnerschaft seit: \_\_\_\_\_



# WEP

2

Bearbeitungsvermerke  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Kundennummer der weiteren Person

Die weitere Person hat sich ausgewiesen durch:

- Personalausweis  
 Reisepass  
 Sonstiges Ausweispapier (zum Beispiel elektronischer Aufenthaltstitel):

Gültig bis

AZR-Nummer der weiteren Person

Personenkennnummer der weiteren Person (bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)

Daten in STEP geprüft am

Handzeichen, Datum

## 2.3 Persönliche Angaben zur weiteren Person

<input type="checkbox"/> Ich bin mit der <b>weiteren Person</b> verwandt.	
<input type="checkbox"/> Meine Partnerin/mein Partner ist mit der <b>weiteren Person</b> verwandt. Verwandtschaftsverhältnis	
<input type="checkbox"/> Die <b>weitere Person</b> lebt regelmäßig wechselseitig in meinem Haushalt und im Haushalt des anderen Elternteils. (30)	
▶ Diese Angabe ist nur für eine weitere Person zwischen 15 und 18 Jahren erforderlich.	
Die <b>weitere Person</b> 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	
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Bescheide) vor.	
Die <b>weitere Person</b> fühlt sich <b>gesundheitlich</b> in der Lage, regelmäßig eine Tätigkeit von mindestens <b>drei Stunden täglich</b> auszuüben. (8)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die <b>weitere Person</b> ist <b>Berechtigte/Berechtigter</b> nach dem <b>Asylbewerberleistungsgesetz</b> . (9)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)) vor.	
Die <b>weitere Person</b> ist <b>Schülerin/Schüler, Studentin/Student</b> oder <b>Auszubildende/Auszubildender</b> . (10)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dauer der Schulausbildung von - bis	▶ Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (zum Beispiel Schulbescheinigung) vor.
Dauer des Studiums von - bis	▶ Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (zum Beispiel Immatrikulationsbescheinigung) vor.
Dauer der Ausbildung von - bis	▶ Falls ja, legen Sie bitte den Ausbildungsvertrag vor.
<input type="checkbox"/> Während der Ausbildung ist die <b>weitere Person</b> in einem <b>Wohnheim, Internat, einer besonderen Einrichtung für Menschen mit Behinderung</b> oder beim <b>Ausbilder mit voller Verpflegung</b> oder <b>anderweitig mit Kostenerstattung</b> für Unterkunft und Verpflegung untergebracht. (10)	
▶ Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise vor.	
Die <b>weitere Person</b> befindet sich derzeit oder demnächst in einer <b>stationären Einrichtung</b> (zum Beispiel Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). (11)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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. Prüfung eines Mehrbedarfs

▶ Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

<input type="checkbox"/> Die <b>weitere Person</b> ist <b>schwanger</b> . (12)	
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.	
<input type="checkbox"/> Die <b>weitere Person</b> benötigt aus medizinischen Gründen eine <b>kostenaufwändige Ernährung</b> . (14)	
▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage MEB</b> aus.	
<input type="checkbox"/> Die <b>weitere Person</b> hat eine <b>Behinderung</b> und erhält (15)	
• Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) <b>oder</b>	
• sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes <b>oder</b>	
• Eingliederungshilfen nach § 112 SGB IX.	
▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.	
<input type="checkbox"/> Die <b>weitere Person</b> ist <b>nicht erwerbsfähig</b> und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Absatz 5 SGB IX mit dem <b>Merkzeichen G oder aG</b> . (8) (16)	
▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis (zum Beispiel Schwerbehindertenausweis) vor.	
<input type="checkbox"/> Die <b>weitere Person</b> hat einen <b>unabweisbaren besonderen Bedarf</b> , den sie nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (zum Beispiel Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern). (17)	
▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage BB</b> aus.	
<input type="checkbox"/> Die <b>weitere Person</b> ist <b>Schülerin/Schüler</b> und es fallen Kosten für <b>Schulbücher/Arbeitshefte</b> an. (18)	
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.	



#### 4. Einkommen 19

- ▶ 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.
- ▶ Bei einer Antragstellung ist grundsätzlich die Vorlage von **Kontoauszügen** erforderlich. Bitte legen Sie daher Kontoauszüge der letzten drei Monate vor. 43

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

##### In den letzten 5 Jahren 22

<input type="checkbox"/>	war die <b>weitere Person</b> beschäftigt.	
	von - bis	Arbeitgeber
		<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> Minijob
	von - bis	Arbeitgeber
		<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> Minijob
<input type="checkbox"/>	war die <b>weitere Person</b> <b>selbständig</b> tätig.	
	von - bis	Art der Tätigkeit
<input type="checkbox"/>	hat die <b>weitere Person</b> einen <b>Wehrdienst</b> oder <b>freiwilligen Dienst</b> geleistet (zum Beispiel Freiwilliges Soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst).	
<input type="checkbox"/>	hat die <b>weitere Person</b> <b>Angehörige gepflegt</b> (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch).	
<input type="checkbox"/>	hat die <b>weitere Person</b> <b>Entgeltersatzleistungen</b> erhalten (zum Beispiel Krankengeld, Arbeitslosengeld, Elterngeld, Übergangsgeld).	
	von - bis	Leistung
<input type="checkbox"/>	trifft keiner dieser Punkte auf die <b>weitere Person</b> zu. Die weitere Person hat ihren <b>Lebensunterhalt wie folgt bestritten</b> (zum Beispiel finanzielle Unterstützung durch Verwandte/Bekannte, Ersparnisse, Erbschaft):	

##### 6.2 Ansprüche gegenüber Dritten 23 24

<input type="checkbox"/>	Die <b>weitere Person</b> hat schon andere Leistungen <b>beantragt</b> oder <b>beabsichtigt, einen Antrag zu stellen</b> . 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.	
<input type="checkbox"/>	Die <b>weitere Person</b> erhebt Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (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).	
<input type="checkbox"/>	Die <b>weitere Person</b> lebt getrennt von ihrer Ehegattin/ihrem Ehegatten oder ihrer eingetragenen Lebenspartnerin/ihrem eingetragenen Lebenspartner.	
	▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage UH1</b> aus.	

Die **weitere Person** ist geschieden oder die eingetragene Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben.

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

Die **weitere Person** ist schwanger.

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

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.

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.

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 oder 25  Ja  Nein der Auslandsvertretung abgegeben.

▶ Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor.

## 7. Kranken- und Pflegeversicherung 26 27

### 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.

Mit Beginn des Anspruchs auf Bürgergeld möchte die weitere Person versichert werden bei:

der bisherigen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

Krankenversichertennummer (falls bekannt)

▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Versicherung der weiteren Person vor (zum Beispiel die gültige elektronische Gesundheitskarte der weiteren Person). Dieser Nachweis wird nicht zur Akte genommen.

einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

Krankenversichertennummer (falls bekannt)

▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Krankenkassenwahl vor, 26 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.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage SV, Abschnitt 3** aus.

Die **weitere Person** ist **nicht** versichert.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage SV, Abschnitt 4** aus.

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

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller  
(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

### Bearbeitungsvermerke (nur vom Jobcenter auszufüllen)

In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Kundin/des Kunden \_\_\_\_\_

Sonstige Anmerkungen des Jobcenters: