

Anlage Haushaltsgemeinschaft

zur Feststellung des Umfangs der Hilfebedürftigkeit bei Vorliegen einer Haushaltsgemeinschaft

Diese Anlage ist Bestandteil des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II.

Füllen Sie bitte diese Anlage (ohne die grau hinterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus.

Beachten Sie bitte auch die Informationen in den beigefügten Ausfüllhinweisen.

Name, Vorname des Antragstellers: _____	Die grau hinterlegten Felder werden durch die Sozialleistungsbehörde ausgefüllt.				
Nummer der Bedarfsgemeinschaft: _____					
<p>Nach § 9 Abs. 5 SGB II wird bei entsprechenden Einkommens- oder Vermögensverhältnissen widerlegbar vermutet, dass auch im Haushalt lebende Verwandte oder verschwägerte Personen Unterhalt leisten. Diese Unterhaltsvermutung kann durch eine entsprechende Erklärung des mit im Haushalt lebenden Verwandten oder Verschwägerten widerlegt werden.</p> <p>Die Art und der Umfang der Leistungen ist bei den entsprechenden Fragen einzutragen.</p>					
1. Geldleistungen					
Der/ die Leistungsberechtigte erhält Geldleistungen von mindestens einer verwandten/ verschwägerten Personen der Haushaltsgemeinschaft.					
<input type="checkbox"/> ja <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 2px;">Name der Person von der die Geldleistung getätigt wird.</td> <td style="width: 40%; padding: 2px;">Höhe des Zahlbetrages:</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Zahlungsrhythmus: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich</td> </tr> </table>		Name der Person von der die Geldleistung getätigt wird.	Höhe des Zahlbetrages:	Zahlungsrhythmus: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich	
Name der Person von der die Geldleistung getätigt wird.	Höhe des Zahlbetrages:				
Zahlungsrhythmus: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich					
<input type="checkbox"/> nein					
2. Angaben zu den Kosten der Unterkunft bei der Zahlung an Verwandte oder Verschwägerte					
Hinweis: Diese Angaben sind nur notwendig, wenn Verwandte/ Verschwägte Eigentümer oder Mieter der von der Bedarfsgemeinschaft bewohnten Unterkunft sind.					
Die Unterkunft der Bedarfsgemeinschaft wird unentgeltlich zur Verfügung gestellt.					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Höhe der monatlichen Zahlung an die verwandte/ verschwägte Person:	<input type="checkbox"/> Nachweis liegt vor.				
Übersteigt der genannte Betrag Ihren Anteil an den Gesamtkosten der Unterkunft und Heizung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Wenn ja, geben Sie die Gesamtkosten der Unterkunft an:					

3. Hinweise und Unterschrift

Ich versichere, die Angaben auf dieser Anlage vollständig und richtig gemacht zu haben.

Wenn Sie einen Antrag stellen oder Unterlagen nachreichen, verarbeiten wir Ihre Daten. Ihnen steht die Information für Antragsteller und Leistungsempfänger im Internet unter <https://www.efA-sk.de/web/datenschutz/erklarung> zur Einsicht zur Verfügung. Die Information kann auf Wunsch auch in den Geschäftsstellen des Eigenbetriebs für Arbeit eingesehen werden.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/ Antragstellerin
Ort, Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragsteller bzw. Betreuer