

Anlage Weitere Personen

zur Eintragung weiterer Personen der Bedarfs- und Haushaltsgemeinschaft

Diese Anlage ist Bestandteil des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II und zu verwenden, wenn die dafür vorgesehenen Felder im Punkt 3 des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes wegen der Anzahl der in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen nicht ausreichen. Füllen Sie bitte diese Anlage in Druckbuchstaben aus.

Name, Vorname des Antragstellers: _____		Die grau hinterlegten Felder werden durch den Eigenbetrieb für Arbeit - Jobcenter Saalekreis ausgefüllt.
Nummer der Bedarfsgemeinschaft: _____		
Hinweis: Bitte tragen Sie untenstehende Personen nach dem Geburtsdatum geordnet ein.		
1. Persönliche Verhältnisse weiterer zur Bedarfsgemeinschaft gehörender Personen		
	Person 5	Person 6
personenbe- zogene Angaben	Familienname	Familienname
	Vorname	Vorname
	Geburtsdatum	Geburtsdatum
	Geburtsname	Geburtsname
	Geburtsort	Geburtsort
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> ledig
	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verheiratet
	<input type="checkbox"/> eingetragene(r) Lebenspartner(in)	<input type="checkbox"/> eingetragene(r) Lebenspartner(in)
	<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend	<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend
	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> geschieden
	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> verwitwet
	seit: _____	seit: _____
Verwandschaftsver- hältnis zum Antragsteller		
Verwandschaftsver- hältnis zum Partner des Antragstellers		
Ist ein Betreuer bestellt?	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ Monat, Jahr	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ Monat, Jahr
	Name des Betreuers _____	Name des Betreuers _____
	Bitte reichen Sie eine Kopie des Betreuungsausweises ein!	Bitte reichen Sie eine Kopie des Betreuungsausweises ein!
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____
Ich bin Spätaussiedler(in).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin Asylbewerber(in).	<input type="checkbox"/> ja Bitte legen Sie einen Nachweis vor. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Bitte legen Sie einen Nachweis vor. <input type="checkbox"/> nein

Betreuungsausweis liegt vor.

	Person 5	Person 6	
Kundennummer der Agentur für Arbeit			
Erwerbsfähig ist, wer mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig sein kann und nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit daran gehindert ist. Erwerbsfähigkeit liegt auch vor, wenn eine Erwerbstätigkeit vorübergehend nicht zugemutet werden kann, z. B. wegen Erziehung eines Kindes unter 3 Jahre, der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger oder wegen eines Schulbesuches.			
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Ich bin - meiner Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	Ich bin - meiner Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	
Hinweis: Wenn Sie nein angekreuzt haben, besteht für Sie möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen des SGB II. Sie können in diesem Fall Leistungen nach dem SGB XII beantragen.			
Ausbildung	Ich bin <input type="checkbox"/> in keinem Ausbildungsverhältnis. <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Student Dauer der Ausbildung (von - bis)	Ich bin <input type="checkbox"/> in keinem Ausbildungsverhältnis. <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Student Dauer der Ausbildung (von - bis)	<input type="checkbox"/> Schulbescheinigung liegt vor. <input type="checkbox"/> Ausbildungsvertrag liegt vor. <input type="checkbox"/> Studienbescheinigung liegt vor.
	<input type="checkbox"/> ja Berufsbezeichnung <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Berufsbezeichnung <input type="checkbox"/> nein	
Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt).	<input type="checkbox"/> ja Dauer der Unterbringung (von - bis) Bitte legen Sie einen Nachweis vor. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Dauer der Unterbringung (von - bis) Bitte legen Sie einen Nachweis vor. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Nachweis liegt vor.
	Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung		
Es besteht eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung.	Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse	
	Krankenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	
	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> Mitgliedsbescheinigung(en) liegen vor.
Bitte reichen Sie eine aktuelle Mitgliedsbescheinigung Ihrer Krankenkasse ein!			
Familienversicherung	Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert bei:	Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert bei:	
	<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Ehepartner	
	<input type="checkbox"/> eingetragendem Lebenspartner	<input type="checkbox"/> eingetragendem Lebenspartner	
	<input type="checkbox"/> getrennt lebenden Ehepartner	<input type="checkbox"/> getrennt lebenden Ehepartner	
	<input type="checkbox"/> getrennt lebenden Lebenspartner	<input type="checkbox"/> getrennt lebenden Lebenspartner	
	<input type="checkbox"/> Mutter/ Vater	<input type="checkbox"/> Mutter/ Vater	
	Name des Stammversicherten	Name des Stammversicherten	
	Vorname des Stammversicherten	Vorname des Stammversicherten	
Hinweis: Wenn Sie oder Ihre Partner(in) das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können Sie oder Ihre Partner(in) unter bestimmten Voraussetzungen bei einem Elternteil familienversichert werden.			

	Person 5	Person 6							
Es besteht keine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Ich bin bisher nicht versichert. <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert. Bitte füllen Sie die Anlage SV aus!	<input type="checkbox"/> Ich bin bisher nicht versichert. <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert. Bitte füllen Sie die Anlage SV aus!	<input type="checkbox"/> Anlage SV liegt vor.						
Ich bin in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert.	<input type="checkbox"/> ja <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Rentenversicherungsnummer</div> <input type="checkbox"/> Deutsche RV Bund/ Mitteldeutschland <input type="checkbox"/> Deutsche RV-Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Rentenversicherungsnummer</div> <input type="checkbox"/> Deutsche RV Bund/ Mitteldeutschland <input type="checkbox"/> Deutsche RV-Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Sozialversicherungsausweis lag vor! <input type="checkbox"/> RV-Nummer wurde beantragt.						
	2. Angaben zu den Einkommensverhältnissen								
	Als Einkommen sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Einkommen aus nichtselbständiger oder selbständiger Arbeit, aus Vermietung und Verpachtung, aus Land- und Forstwirtschaft <input type="checkbox"/> Kindergeld, Entgeltersatzleistungen wie Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Übergangsgeld, Krankengeld <input type="checkbox"/> Renten aus der gesetzlichen Sozialversicherung (z.B. Rente wegen Alters, Witwen- und Waisenrente, Verletztenrente, Unfallrenten) Betriebsrenten oder Pensionen <input type="checkbox"/> Unterhaltszahlungen, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz <input type="checkbox"/> Zinsen, Kapitalerträge <input type="checkbox"/> Wohngeld, Sozialhilfe nach dem SGB XII <input type="checkbox"/> sonstige laufende oder einmalige Einnahmen (z.B. Steuererstattungen, Erbschaft, Abfindung, Rente aus privater Lebensversicherung) 								
<input type="checkbox"/> Bitte machen Sie Angaben darüber, ob die oben benannten Personen Einkommen beziehen, unmittelbar vor Antragstellung bezogen oder Leistungen bei Dritten beantragt haben.									
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">Person 5</td> <td style="width:10%;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td rowspan="2" style="width:50%;">Bitte füllen Sie für jede Person, die Einkommen bezieht oder Leistungen Dritter beantragt hat, eine gesonderte "Anlage Einkommen" aus!</td> <td style="width:10%;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td>Person 6</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table>	Person 5	<input type="checkbox"/> ja	Bitte füllen Sie für jede Person, die Einkommen bezieht oder Leistungen Dritter beantragt hat, eine gesonderte "Anlage Einkommen" aus!	<input type="checkbox"/> nein	Person 6	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Anlage EK liegt vor. <input type="checkbox"/> Anlage EK liegt vor.
Person 5	<input type="checkbox"/> ja	Bitte füllen Sie für jede Person, die Einkommen bezieht oder Leistungen Dritter beantragt hat, eine gesonderte "Anlage Einkommen" aus!	<input type="checkbox"/> nein						
Person 6	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein						
3. Angaben zu den Vermögensverhältnissen									
Bitte tragen Sie die Angaben zu <u>allen</u> Personen der Bedarfsgemeinschaft in die "Anlage Vermögen" ein!									

4. Hinweise und Unterschrift

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

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind (insbesondere Familien, Einkommens-, Vermögens- und Wohnverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert dem Eigenbetrieb für Arbeit - Jobcenter Saalekreis mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass ich bei falschen bzw. unvollständigen Angaben oder bei nicht bzw. nicht unverzüglich mitgeteilten Änderungen mit einer Rückforderung der überzahlten Leistungen zu rechnen habe. In diesen Fällen setze ich mich zudem der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus.

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/datenschutzerklärung> 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

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiter(innen) des Eigenbetriebes für Arbeit - Jobcenter Saalekreis vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

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