

Anlage KI

für ein Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

Diese Anlage ist Bestandteil des Antrags auf Bürgergeld nach dem SGB II. Füllen Sie diese Anlage (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus. Beachten Sie bitte auch die Ausfüllhinweise.

Landkreis Ostprignitz-Ruppin Jobcenter Ostprignitz-Ruppin	Eingangsstempel
--	-----------------

Aktenzeichen	_____
Name, Vorname des Vertreters der Bedarfsgemeinschaft	_____

I. Persönliche Daten der Person unter 15 Jahren, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen

Vorname		Nachname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Geburtsdatum	Geburtsort
Geburtsland		Staatsangehörigkeit	
Rentenversicherungsnummer		<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt	

II. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung

2a Sind Sie bzw. Ihre Partnerin/Ihr Partner mit dem Kind verwandt? Ja Nein

Name/n der mit dem Kind verwandten Person/en	Verwandtschaftsverhältnis

2b Hat das Kind für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen? Wenn ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor. Ja Nein
Wenn ja, wurden bereits Leistungen für Schulbedarfe bei einem anderen Träger beantragt oder von diesem geleistet? Ja Nein

2c Ist das Kind Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz? Bitte Nachweis vorlegen. Ja Nein

2d Befinden sich das Kind zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Einrichtung des Jugendamtes, Justizvollzugsanstalt)? Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor. Ja Nein
Wenn ja, Unterbringung (Tag/ Monat/ Jahr) vom _____ bis _____ bzw. ab _____.

Diese Angabe ist nur erforderlich, wenn Ihr Kind ab dem 01.08.2012 geboren ist:

2e Wurde für das Kind unter 3 Jahren ein Platz in einer Kindertagesstätte beantragt bzw. wird es bereits in einer Kindertagesstätte betreut? Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor. Ja Nein
Wenn ja, Betreuung in der Kindertagesstätte ab (Tag/ Monat/ Jahr) vom _____ ggf. bis _____.

III. Angaben zur Prüfung eines Mehrbedarfs

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

3a Das Kind ist schwanger. Voraussichtlicher Entbindungstermin _____ Der Nachweis über den voraussichtlichen Entbindungstermin hat vorgelegen. (Hz. Datum) _____

3b Das Kind benötigt aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung. Ja. Bitte füllen Sie die Anlage MEB aus. Nein.

3c Das Kind hat in regelmäßig einen unabweisbaren besonderen Bedarf, den ich nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (z. B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts zwischen Elternteil und minderj. Kind). Ja. Bitte füllen Sie die Anlage BB aus. Nein.

IV. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

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

Bitte füllen Sie den folgenden Abschnitt nur aus, wenn das Kind bereits das 14. Lebensjahr vollendet hat und legen einen entsprechenden Nachweis über die Kranken- und Pflegeversicherung vor. Alternativ können Sie auch die gültige Krankenversichertenkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte des Kindes vorlegen.

Das Kind ist in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung familienversichert und ist künftig pflichtversichert bei:
 der bisherigen Krankenversicherung einer anderen Krankenkasse

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)

Das Kind ist in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflichtversichert (z. B. durch den Bezug einer Hinterbliebenenrente).

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)

I. Persönliche Daten der Person unter 15 Jahren, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen	
Nachname, Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	Geburtsort
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt

II. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung					
2a Sind Sie bzw. Ihre Partnerin/Ihr Partner mit dem Kind verwandt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Name/n der mit dem Kind verwandten Person/en</th> <th>Verwandschaftsverhältnis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Name/n der mit dem Kind verwandten Person/en	Verwandschaftsverhältnis		
Name/n der mit dem Kind verwandten Person/en	Verwandschaftsverhältnis				
2b Hat das Kind für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen? Wenn ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Wenn ja, wurden bereits Leistungen für Schulbedarfe bei einem anderen Träger beantragt oder von diesem geleistet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
2c Ist das Kind Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz? Bitte Nachweis vorlegen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
2d Befinden sich das Kind kurzzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Einrichtung des Jugendamtes, Justizvollzugsanstalt)? Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Wenn ja, Unterbringung (Tag/ Monat/ Jahr) vom _____ bis _____ bzw. ab _____.					
Diese Angabe ist nur erforderlich, wenn Ihr Kind ab dem 01.08.2012 geboren ist:					
2e Wurde für das Kind unter 3 Jahren ein Platz in einer Kindertagesstätte beantragt bzw. wird es bereits in einer Kindertagesstätte betreut? Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Wenn ja, Betreuung in der Kindertagesstätte ab (Tag/ Monat/ Jahr) vom _____ ggf. bis _____.					

III. Angaben zur Prüfung eines Mehrbedarfs	
Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten	
3a Das Kind ist schwanger. Voraussichtlicher Entbindungstermin _____	<input type="checkbox"/> Der Nachweis über den voraussichtlichen Entbindungstermin hat vorgelegen. (Hz. Datum) _____
3b Das Kind benötigt aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung.	<input type="checkbox"/> Ja. Bitte füllen Sie die Anlage MEB aus. <input type="checkbox"/> Nein.
3c Das Kind hat in regelmäßig einen unabweisbaren besonderen Bedarf, den ich nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (z. B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts zwischen Elternteil und minderj. Kind).	<input type="checkbox"/> Ja. Bitte füllen Sie die Anlage BB aus. <input type="checkbox"/> Nein.

IV. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung							
Bitte füllen Sie die Anlage SV aus, wenn das Kind privat oder in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung freiwillig versichert ist.							
Bitte füllen Sie den folgenden Abschnitt nur aus, wenn das Kind bereits das 14. Lebensjahr vollendet hat und legen einen entsprechenden Nachweis über die Kranken- und Pflegeversicherung vor. Alternativ können Sie auch die gültige Krankenversichertenkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte des Kindes vorlegen.							
<input type="checkbox"/> Das Kind ist in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung familienversichert und ist künftig pflichtversichert bei:							
<input type="checkbox"/> der bisherigen Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> einer anderen Krankenkasse						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Name der Krankenkasse</th> <th>Sitz der Krankenkasse</th> <th>Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)			
Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)					
<input type="checkbox"/> Das Kind ist in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflichtversichert (z. B. durch den Bezug einer Hinterbliebenenrente).							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Name der Krankenkasse</th> <th>Sitz der Krankenkasse</th> <th>Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)			
Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)					

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1c EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) i.V.m. §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II verarbeitet. Siehe hierzu das „Informationsblatt Datenschutz“ sowie das „Merkblatt SGB II“. Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft mit der Rückforderung der zu viel gezahlten Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus. Beachten Sie bitte, dass das Jobcenter im Wege des automatisierten Datenabgleichs Auskünfte bei Dritten, z. B. über Beschäftigungszeiten, Kapitalerträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen (z.B. Bescheide) erhalten.

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben; Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.			
Ort/Datum _____	Unterschrift Antragstellerin/er _____	Ort/Datum _____	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der Antragstellerin/er _____

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten: _____			
Ort/Datum _____	Unterschrift Antragstellerin/er _____	Ort/Datum _____	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der Antragstellerin/er _____