

Anlage VE

zur Überprüfung, ob eine Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft („eheähnliche Gemeinschaft“) vorliegt

Diese Anlage ist Bestandteil des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts 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	
Persönliche Daten des Antragstellers/in	
Familienname, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Persönliche Daten der sonstigen nicht verwandten Person, die im Haushalt des/der Antragstellers/in lebt	
Familienname, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Ist die Person Ihre Partnerin/Ihr Partner?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

II. Vermutung einer Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft			
2a	Leben Sie länger als ein Jahr mit der oben genannten Person in einem gemeinsamen Haushalt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2b	Leben Sie mit der oben genannten Person und mindestens einem gemeinsamen Kind zusammen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2c	Versorgen Sie und die oben genannte Person gemeinsam mindestens ein Kind oder eine Angehörige/einen Angehörigen im Haushalt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2d	Sind Sie befugt, über das Einkommen oder das Vermögen der oben genannten Person zu verfügen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

III. Gründe gegen eine Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft	
Gründe, weshalb ich – nach meiner Einschätzung – mit der oben genannten Person keine Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft bilde:	

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“.

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