

Anlage WEP

für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

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 der Person über 15 Jahren, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen	
Familienname/ggf. Geburtsname _____	
Vorname _____	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum _____	Geburtsort _____
Geburtsland _____	
Staatsangehörigkeit _____	<input type="checkbox"/> Spätaussiedlerin/Spätaussiedler
Rentenversicherungsnummer _____	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet	
<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ (Tag/ Monat/ Jahr)	
<input type="checkbox"/> geschieden _____ (Tag/ Monat/ Jahr)	

II. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung							
2a	Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zwischen der o.g. weiteren Person und dem Antragsteller bzw. zur Partnerin/zum Partner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
	<table border="1"><thead><tr><th>Name/n der mit der weiteren Person verwandten Person/en</th><th>Verwandtschaftsverhältnis</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Name/n der mit der weiteren Person verwandten Person/en	Verwandtschaftsverhältnis				
Name/n der mit der weiteren Person verwandten Person/en	Verwandtschaftsverhältnis						
2b	Hat die o.g. weitere Person 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						
2c	Ist die o.g. weitere Person Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz? Wenn ja, legen Sie bitte die Registrierbescheinigung oder den Aufnahmebescheid vor. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
2d	Ist die o.g. weitere Person – ihrer Einschätzung nach – gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben? Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>Wenn Sie Nein angekreuzt haben, besteht für die weitere Person möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen des SGB II. Sie kann in diesem Fall Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen.</small>						
2e	Ist die o.g. weitere Person Schülerin/Schüler, Beginn _____ Ende _____ (Tag/ Monat/ Jahr) oder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Studentin/Student, Beginn _____ Ende _____ (Tag/ Monat/ Jahr) oder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung, Studienbescheinigung vor.</small>						
	Hat die o.g. weitere Person Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) beantragt? Wenn ja, legen Sie bitte einen Nachweis über die Antragstellung oder – soweit über Ihren (BAföG)-Antrag bereits entschieden wurde – den entsprechenden Bescheid über die Bewilligung oder Ablehnung vor. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
2f	Ist die o.g. weitere Person Auszubildender, Beginn _____ Ende _____ (Tag/ Monat/ Jahr) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ist die o.g. weitere Person während der Ausbildung in einem Wohnheim, Internat oder beim Ausbilder mit voller Verpflegung oder anderweitig mit Kostenerstattung für Unterkunft und Verpflegung untergebracht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung oder den Ausbildungsvertrag vor und einen Nachweis über die o.g. Kostenerstattung</small>						
2g	Befinden sich die o.g. weitere Person zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Unterbringung (Tag/ Monat/ Jahr) vom _____ bis _____ bzw. ab _____. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.						

III. Angaben zur Prüfung eines Mehrbedarfs	
Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten	
3a	Ich bin schwanger. Voraussichtlicher Entbindungstermin _____ <input type="checkbox"/> Der Nachweis über den voraussichtlichen Entbindungstermin hat vorgelegen. (Hz. Datum) _____
3b	Ich bin alleinerziehend. <input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.

3c Ich benötige aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung.
 Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage MEB** aus. Nein.

Ich habe eine Behinderung und erhalte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) ODER sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes ODER Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII.
 Ja. Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor. Nein.

3e Ich bin nicht erwerbsfähig und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G.
 Ja. Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor. Nein.

3f Ich habe regelmäßig einen unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarf, den ich nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (z. B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts mit minderj. Kind).
 Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage BEBE** aus. Nein.

IV. Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Füllen Sie die **Anlage EK** aus. Zum Einkommen gehören auch Sozialleistungen und Renten. Bei Erwerbseinkommen aus unselbständiger Tätigkeit lassen Sie bitte außerdem die **Einkommensbescheinigung** durch den Arbeitgeber ausfüllen. Bei Erwerbseinkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte zusätzlich die **Anlage EKS** aus.

V. Angaben zu den Vermögensverhältnissen

Bitte tragen Sie Angaben über die Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft in die **Anlage VM** ein.
 Ich befinde mich im laufenden Insolvenzverfahren. Name der Person, Az etc: _____

VI. Vorrangige Ansprüche

6a Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung (Mehrfachnennungen möglich):

war die o.g. weitere Person sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

von	bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit

war die o.g. weitere Person selbständig tätig.

von	bis	Art der Tätigkeit

hat die o.g. weitere Person Wehr- oder Ersatzdienst geleistet.

hat die o.g. weitere Person Angehörige gepflegt (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)).

hat die o.g. weitere Person Entgeltersatzleistungen erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem SGB III).

von	bis	Behörde	Leistung

Ruht der Anspruch der o.g. weiteren Person auf Arbeitslosengeld wegen Eintritts einer Sperrzeit gemäß § 144 SGB III?
 Ja. Der Anspruch ruht vom _____ bis _____ (Tag/Monat/Jahr). Legen Sie bitte den Sperrzeitbescheid von Ihrer Agentur für Arbeit vor.
 Nein.

Ist der Anspruch der o.g. weiteren Person auf Arbeitslosengeld wegen Eintritts einer Sperrzeit gemäß § 147 SGB III erloschen?
 Ja, ab _____ (Tag/Monat/Jahr). Legen Sie bitte den Bescheid über das Erlöschen des Anspruches auf Arbeitslosengeld von Ihrer Agentur für Arbeit vor.
 Nein.

6b Anspruch gegenüber dem Arbeitgeber

Die o.g. weitere Person erhebt Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (z.B. bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (z. B. bei noch ausstehenden Abfindungen).

