

# Anlage WEP

## für eine weitere Person ab 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 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?  Ja  Nein

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.  Ja  Nein

2c Ist die o.g. weitere Person Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz? Wenn ja, legen Sie bitte die Registrierbescheinigung oder den Aufnahmebescheid vor.  Ja  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.  Ja  Nein  
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.

2e Ist die o.g. weitere Person

Schülerin/Schüler, Beginn \_\_\_\_\_ Ende \_\_\_\_\_ (Tag/ Monat/ Jahr) oder  Ja  Nein

Studentin/Student, Beginn \_\_\_\_\_ Ende \_\_\_\_\_ (Tag/ Monat/ Jahr) oder  Ja  Nein

Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung, Studienbescheinigung vor.

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.  Ja  Nein

2f Ist die o.g. weitere Person Auszubildender, Beginn \_\_\_\_\_ Ende \_\_\_\_\_ (Tag/ Monat/ Jahr)  Ja  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?  Ja  Nein  
Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung oder den Ausbildungsvertrag vor und einen Nachweis über die o.g. Kostenerstattung

2g Befinden sich die o.g. weitere Person zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt)?  Ja  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 \_\_\_\_\_

3b Ich bin alleinerziehend.  Ja  Nein

Der Nachweis über den voraussichtlichen Entbindungstermin hat vorgelegen. (Hz. Datum) \_\_\_\_\_

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

3d Ich habe eine Behinderung und erhalte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) ODER sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes ODER Eingliederungshilfen nach § 112 SGB IX.  
 Ja. Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.  Nein.

3e Ich bin nicht erwerbsfähig und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G.  
 Ja. Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.  Nein.

3f Ich habe regelmäßig einen unabweisbaren 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 BB** 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 § 159 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 § 161 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).

**6c Anspruch gegenüber Dritten**

Die o.g. weitere Person hat einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung). Sie ist deshalb hilfebedürftig geworden?

Ja. Bitte füllen Sie die Anlage UF aus

Nein.

Hat die o.g. weitere Person einen Anspruch gegenüber Dritten (z. B. aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen)?

Ja. Bezeichnung des Anspruchs \_\_\_\_\_

Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach.

Nein.

**6d Anspruch gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen**

Hat die o.g. weitere Person schon andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)) beantragt oder beabsichtigt sie, einen Antrag zu stellen?

Ja. Bitte tragen Sie die Leistungsart sowie die weiteren Angaben dazu unten ein und legen Sie einen Nachweis vor, sofern schon über Ihren Antrag/Ihre Anträge entschieden wurde.

Nein.

Leistungsart	Sozialleistungsträger/ Familienkasse	Antragsdatum	Leistungen beantragt ab

**VII. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung****7a Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung**

Ist die o.g. weitere Person in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflicht- oder familienversichert?

Ja.

Nein.

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversichertennummer

Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor. Ersatzweise können Sie auch Ihre gültige Krankenversicherterkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte vorlegen

Die weitere Person ist familienversichert und ist künftig pflichtversichert bei

der bisherigen Krankenversicherung

einer anderen Krankenkasse

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherternummer (falls bekannt)

Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Krankenkassenwahl vor, wenn Sie die Krankenkasse wechseln.

**7b Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung**

Ist die o.g. weitere Person privat oder freiwillig gesetzlich versichert?

Ja. Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 2 aus.

Nein.

Ist die o.g. weitere Person nicht versichert?

Ja. Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 3 aus.

Nein.

Beachten Sie bitte, dass Ihr Antrag in der Regel auf den Ersten des Monats zurückwirkt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II) und Sie deshalb Angaben – insbesondere zum Zufluss von Einkommen – für den kompletten Monat Ihrer Antragstellung machen müssen. 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 Mitarbeitenden des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragstellerin/er

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters  
der Antragstellerin/er