



2g Wie viele weitere Personen gehören zu Ihrer Bedarfsgemeinschaft?  
 Zu meiner Bedarfsgemeinschaft gehört/gehören \_\_\_\_\_ weitere Person/en.  
 Folgende Aussagen treffen auf meine Bedarfsgemeinschaft zu (Mehrfachnennungen möglich):

- Ich lebe zusammen mit meiner Ehegattin/meinem Ehegatten. Wir leben nicht dauernd getrennt.
- Ich lebe zusammen mit meiner eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerin/meinem eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner. Wir leben nicht dauernd getrennt.
- Ich lebe mit meiner Partnerin/meinem Partner in einer Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft („eheähnliche Gemeinschaft“).
- Ich lebe mit mindestens einem unverheirateten Kind unter 25 Jahren zusammen.
- Ich bin unter 25 Jahre alt und lebe mit meinen Eltern bzw. einem Elternteil zusammen.

Tragen Sie bitte die Person/en ein, die außer Ihnen zur Bedarfsgemeinschaft gehören:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in bzw. zum/zur Partner/in	Kundennummer	Steueridentifikationsnummer

Bitte füllen Sie zusätzlich für die oben genannte/n Person/en ab 15 Jahre (z.B. Partner, Eltern, Kinder) jeweils **Anlage WEP** aus.  
 Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte **Anlage KI** aus.

2h Wie viele weitere Personen gehören zu Ihrer Haushaltsgemeinschaft?: In meinem Haushalt wohnt/wohnen \_\_\_\_\_ weitere Person/en, die nicht zur Bedarfsgemeinschaft, jedoch zur Haushaltsgemeinschaft gehört/gehören.  
 Bitte machen Sie Angaben zu Personen, mit denen Sie verwandt oder verschwägert sind, in der **Anlage HG**. Für alle anderen Personen, für die Sie keine Anlage KI oder WEP beifügen, füllen Sie bitte die **Anlage VE** aus.

2i Für folgende Person der Bedarfsgemeinschaft liegt eine Verpflichtungserklärung gem. § 68 AufenthG 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 \_\_\_\_\_  Der Nachweis über den voraussichtlichen Entbindungstermin hat vorgelegen. (Hz. Datum) \_\_\_\_\_
- 3b Ich bin alleinerziehend.  
 Ja.  Nein.
- 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 § 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 bitte für sich und ggf. für jede weitere Person der Bedarfsgemeinschaft jeweils **Anlage EK** aus. Zum Einkommen gehören auch Sozialleistungen und Renten. Bei Erwerbseinkommen aus unselbständiger Tätigkeit lassen Sie 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 bzw. ein Mitglied meiner Bedarfsgemeinschaft befindet sich 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 ich sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

von	bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit

- war ich selbständig tätig.

von	bis	Art der Tätigkeit

- habe ich Wehr- oder Ersatzdienst geleistet.
- habe ich Angehörige gepflegt (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)).
- habe ich Entgeltersatzleistungen erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem SGB III).

von	bis	Behörde	Leistung

Ruht Ihr Anspruch 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 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

- Ich erhebe 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).

Arbeitgeber	
Anschrift	
Grund	
Gericht, Ort, Az.	

### 6c Anspruch gegenüber Dritten

Ich lebe bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner lebt getrennt von der Ehegattin/dem Ehegatten bzw. der eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerin/dem eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner.

- Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage UH1** „Trennungsunterhalt“ aus.  Nein.

Ich bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner war bereits verheiratet und diese Ehe wurde geschieden bzw. diese eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben.

- Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage UH1** „Trennungsunterhalt“ aus.  Nein.

Ein nicht verheiratetes/nicht in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft lebendes Mitglied meiner Bedarfsgemeinschaft ist schwanger oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren und kann deshalb nicht arbeiten.

- Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage UH2** „Betreuungsunterhalt“ aus.  Nein.

Eine Person in meinem Haushalt ist unter 18 Jahre alt bzw. zwischen 18 und 24 Jahre alt und macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen. Ein Elternteil dieser Person lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

- Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage UH3** „Kindesunterhalt“ aus.  Nein.

Ich bin unter 18 Jahre alt bzw. zwischen 18 und 24 Jahre alt und mache eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen. Ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

- Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage UH3** „Kindesunterhalt“ aus.  Nein.

Ich habe einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung). Ich bin deshalb hilfebedürftig geworden.

- Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage UF** aus.  Nein.

Ich habe 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

Haben Sie schon andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)) beantragt oder beabsichtigen 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	für (Name des Mitglieds der Bedarfsgemeinschaft)

## VII. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

### 7a Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Sind Sie in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflicht- oder familienversichert?  Ja.  Nein.

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherertennummer

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

Ich bin familienversichert und künftig pflichtversichert bei

der bisherigen Krankenversicherung

einer anderen Krankenkasse

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherertennummer (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

Sind Sie privat oder freiwillig gesetzlich versichert?  Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage SV**, Abschnitt 2 aus.  Nein.

Sind Sie nicht versichert?  Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage SV**, Abschnitt 3 aus.  Nein.

## VIII. Kosten der Unterkunft

Entstehen Ihnen Kosten der Unterkunft?  Ja. Bitte füllen Sie die **Anlage KdU** aus.  Nein.

## IX. Bildung und Teilhabe

Beachten Sie bitte, dass Personen unter 25 Jahren Leistungen für Bildung und Teilhabe beanspruchen können. Wenden Sie sich dazu bitte an Ihr Jobcenter, da hierfür ein gesonderter Antrag gestellt werden muss.

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.

Es wurde eine Betreuerin/ein Betreuer vom Betreuungsgericht bestellt. Legen Sie bitte einen Nachweis über die Betreuung vor.

Die Betreuung gilt für folgende Lebensbereiche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Aktenzeichen

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Betreuers

**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