

Anlage

für ein Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft
(zu Abschnitt 2.1 des Hauptantrags)



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen
finden Sie in den
Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.arbeitsagentur.de.

1. Persönliche Daten

1.1 Meine persönlichen Daten

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	Kundennummer (falls vorhanden)

1.2 Persönliche Daten des in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Kindes

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

2. Persönliche Angaben

Ich bin bzw. meine Partnerin/mein Partner ist mit dem Kind verwandt.

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

Das Kind ist **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**. Ja Nein
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Das Kind befindet sich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (z. B. in einem Krankenhaus). Ja Nein
Dauer der Unterbringung von - bis

▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

▶ Diese Angabe ist nur erforderlich, wenn das Kind ab dem 01.08.2012 geboren ist.

Für das Kind unter 3 Jahren wurde ein Platz in einer **Kindertagesstätte** beantragt bzw. es wird bereits in einer **Kindertagesstätte** betreut. Ja Nein
Betreuung in der Kindertagesstätte ab (ggf. bis)

▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

3. Prüfung eines Mehrbedarfs

▶ Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

Das Kind benötigt aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**.
▶ Bitte füllen Sie die **Anlage MEB** aus.



2

KI

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Anlage MEB

- Das Kind ist **schwanger**.
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht. (?)
- Das Kind hat regelmäßig einen **unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarf** auf Grund eines besonderen Lebensumstandes. (?)
▶ Bitte füllen Sie die **Anlage BB** aus.

4. 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 Krankenkasse.
 - einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse
-----------------------	-----------------------

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

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse
-----------------------	-----------------------

Krankenversichertennummer (falls bekannt)

Beachten Sie bitte, dass dieser Antrag gemäß § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II in der Regel auf den Ersten des Monats zurückwirkt und Sie somit alle leistungsrelevanten Tatsachen (insbesondere Zufluss von Einkommen) für den gesamten Monat (auch für die Zeit ab dem Ersten des Monats) angeben müssen.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe Merkblatt SGB II). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben.

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 bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage BB

Anlage SV