

Anlage WEP

Für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft (zu Abschnitt 4 des Hauptantrages). Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte die Anlage KI aus. Füllen Sie diese Anlage bitte in Druckbuchstaben aus.

	Eingangsstempel
---	-----------------

Die Antragsformulare und Ausfüllhinweise finden Sie auch im Internet unter www.jobcenter-blk.de unter der Rubrik "Downloads > Vordrucke > Weitere Anlagen".

Den Ausfüllhinweisen können Sie zur jeweiligen Nummer weitere Informationen entnehmen 5

1. Persönliche Daten

1.1 Persönlich Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Nummer der Bedarfsgemeinschaft/Aktenzeichen

Anrede Vorname

Familienname Geburtsdatum

1.2. Daten der mit der der Antragstellerin/dem Antragsteller in der Bedarfsgemeinschaft lebenden weiteren Person, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen 10

Anrede Vorname

Familienname Geburtsname (sofern abweichend)

Geburtsdatum Geburtsort Spätaussiedlerin/Spätaussiedler

Rentenversicherungsnummer Rentenversicherungsnummer wurde beantragt 2

Steuerliche Identifikationsnummer | | | | |

1.3 Familienstand

ledig verheiratet verwitwet geschieden dauernd getrennt lebend

gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft eingetragen aufgehoben seit

2. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung

2a Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zur Antragstellerin/zum Antragsteller oder zur Partnerin/zum Partner? ja nein

Name/n der mit der weiteren Person verwandten Person Verwandtschaftsverhältnis

2b Wurden durch bzw. hat die weitere Person für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder bezogen? ja nein

➤ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

2c Ist die weitere Person Spätaussiedler/-in und besitzt noch nicht die deutsche Staatsangehörigkeit? 5 ja nein

➤ Falls ja, legen Sie bitte den Aufnahmebescheid vor.

2d Ist die weitere Person Berechtigte/r nach dem Asylbewerberleistungsgesetz? 6 ja nein

➤ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z.B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung) vor.

2e Ist die weitere Person - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens ja nein drei Stunden täglich auszuüben? 7

➤ Wenn nein, besteht möglicherweise für Sie kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II. Sie können in diesem Fall Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen.

2f Die weitere Person ist Schülerin/Schüler, Student/Studentin oder Auszubildende/Auszubildender 8 ja nein

Beginn Ende (Tag/Monat/Jahr)

➤ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z.B. Schulbescheinigung, gültige Studienbescheinigung, Ausbildungsvertrag, Bescheid oder Ablehnungsbescheid für BAB oder BAföG) vor.

Die weitere Person ist während der Ausbildung in einem Wohnheim, Internat, einer besonderen ja nein Einrichtung für behinderte Menschen oder beim Ausbilder mit voller Verpflegung oder anderweitig mit Kostenerstattung für Unterkunft und Verpflegung untergebracht?

➤ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

2g Befindet sich die weitere Person zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung? ja nein (z.B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt)

➤ Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und dessen Dauer vor.

3. Angaben zur Prüfung eines Mehrbedarfs

Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, sofern Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten

3a Ist die weitere Person alleinerziehend? ja nein

3b Ist die weitere Person schwanger? 15 ja nein

➤ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.

3c Benötigt die weitere Person aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändigere Ernährung? 16 ja nein

➤ Falls ja, füllen Sie bitte **Anlage MEB** aus.

3d Hat die weitere Person eine Behinderung und erhalten Sie folgende Leistungen? 17 ja nein

➤ Falls ja, füllen Sie bitte den aktuellen Bewilligungsbescheid vor.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) oder

sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben oder

Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

3e Ist die weitere Person **nicht erwerbsfähig** 6 und Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G** 18 ja nein

➤ Legen Sie bitte den entsprechenden amtlichen Ausweis vor.

3f Besteht bei der weiteren Person ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf aufgrund eines besonderen Lebensumstands 19 (z.B. Kosten für den Besuch eines außerhalb der Bedarfsgemeinschaft lebenden Elternteils)? ja nein

➤ Falls ja, füllen Sie bitte **Anlage BB** aus.

4. Angaben zu den Einkommensverhältnissen 20

Erzielt die weitere Person Einkommen? ja nein

➤ Falls ja, füllen Sie bitte für die weitere Person die **Anlage EK** aus. Bei Einkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte zusätzlich die **Anlage EKS** aus.

5. Angaben zu den Vermögensverhältnissen 21

Besitzt die weitere Person Vermögen? ja nein

➤ Bitte tragen Sie die Angaben über die Vermögensverhältnisse von allen Personen der Bedarfsgemeinschaft in die **Anlage VM** ein

6. Vorrangige Ansprüche

22

6a Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit

23

Wenn die weitere Person Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) bereits beantragt hat, tragen Sie dies bitte in **6d** ein. Sollte das Arbeitslosengeld aktuell bereits bewilligt sein, tragen Sie dies bitte in der **Anlage EK** ein, auch dann wenn eine Sperrzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben unter 6a machen.

Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung eines vorrangigen Anspruchs auf Arbeitslosengeld.

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung (Mehrfachnennung möglich)

- war ich sozialversicherungspflichtig beschäftigt, habe ich Wehr- oder Zivildienst geleistet,
 war ich selbständig, habe ich Angehörige gepflegt (Pflege im Sinne des SGB XI)
 habe ich Entgeltersatzleistungen (z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem SGB III) bezogen,

Tragen Sie bitte die entsprechenden Zeiträume ein:

von	bis	Arbeitgeber/Behörde/Leistungsträger	beschäftigt/tätig als/Leistung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6b Ansprüche gegenüber Arbeitgebern

Erhebt die weitere Person Ansprüche gegenüber einem (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (z.B. Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (z.B. bei noch ausstehenden Abfindungen)? ja nein

Arbeitgeber:

Anschrift:

Grund:

Gericht (Name und Ort):

Aktenzeichen:

6c Ansprüche gegenüber Dritten

Hat die weitere Person einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z.B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung) und sind Sie dadurch hilfebedürftig geworden? ja nein

➤ Bitte füllen Sie die **Anlage UF** aus.

6d Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen

25

Hat die weitere Person schon andere Leistungen beantragt oder beabsichtigen Sie einen Antrag zu stellen? ja nein (z.B. Wohngeld, Arbeitslosengeld, Rente, Kindergeld)

Leistungsart:

Antrag gestellt?

ja nein

Sozialleistungsträger/Familienkasse

Antragsdatum:

Leistungen beantragt ab:

Name der Person für die Leistungen beantragt wurden

7. Kranken- und Pflegeversicherung

26

7a Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Ist oder war die weitere Person zuletzt bei einer **gesetzlichen** Kranken- und Pflegeversicherungspflicht- oder familienversichert? ja nein

Name und 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 Krankenversichertenkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte vorlegen.

Soweit derzeit eine Familienversicherung besteht, wünschen Sie künftig eine Pflichtversicherung 27 bei

der bisherigen Krankenkasse einer anderen Krankenkasse 28

Name und Sitz der Krankenkasse

Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Krankenkassenwahl 28 vor, wenn die weitere Person die Krankenkasse wechseln will.

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

Sind Sie privat oder freiwillig gesetzlich versichert? ja nein

Bitte füllen Sie die **Anlage SV**, Abschnitt 2 aus

Sind Sie nicht versichert? ja nein

Bitte füllen Sie die **Anlage SV**, Abschnitt 3 aus

8. Prüfung der Wahrnehmung des Umgangsrechts im Wechselmodell

Mein Kind wird wechselseitig von mir und dem getrennt lebenden Elternteil in mindestens eine Woche umfassenden Intervallen betreut (ca. hälftiger Aufenthalt zwischen 13 und 17 Kalendertagen im Monat).

Familienname, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

➤ Bitte fügen Sie die aktuelle/-n Umgangsrechtsvereinbarung/-en bei.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

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

Ort, Datum

Unterschrift
Antragstellerin/Antragsteller

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreters minderjähriger
Antragstellerinnen/Antragsteller

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Jobcenters vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten:

Ort, Datum

Unterschrift
Antragstellerin/Antragsteller

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreters minderjähriger
Antragstellerinnen/Antragsteller