

Anlage WEP

zur Eintragung weiterer Personen der Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren (zu Abschnitt 2e des Hauptantrages)
(Kinder unter 15 Jahren tragen Sie bitte in Anlage KI ein.)

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.

Dienststelle	Eingangsstempel
Team	

Nummer der Bedarfsgemeinschaft _____
Familiename, Vorname
der Antragstellerin/des Antragstellers _____

1. Persönliche Daten der mit der Antragstellerin/dem Antragsteller in der Bedarfsgemeinschaft lebenden weiteren Person

Familiename/ggf. Geburtsname _____ Kunden-Nr. _____
Vorname _____ Geschlecht weiblich männlich divers
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Geburtsland _____
Staatsangehörigkeit _____ Spätaussiedlerin/Spätaussiedler
Rentenversicherungsnummer _____
Familienstand ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft verwitwet
 dauernd getrennt lebend seit _____ (Tag/Monat/Jahr)
 geschieden seit _____ (Tag/Monat/Jahr)

2. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung

2a Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zur Antragstellerin/zum Antragsteller oder zur Partnerin/zum Partner? Ja Nein
Wenn ja, welches und zu wem? _____

2b Welchen Aufenthaltsstatus hat sie/er (Rechtsgrundlage)? _____
Legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z.B. Aufenthaltsgenehmigung, Aufenthaltsgestattung, Duldung) vor.

2c Ist sie/er - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben? Ja Nein

2d Ist sie/er Schülerin/Schüler, Beginn _____ Ende _____ (Tag/Monat/Jahr) oder Ja Nein
Studentin/Student, Beginn _____ Ende _____ (Tag/Monat/Jahr) oder Ja Nein
in einer beruflichen Ausbildung,
Beginn _____ Ende _____ (Tag/Monat/Jahr)? Ja Nein
Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung, Studienbescheinigung oder den Ausbildungsvertrag vor.

2e Befindet sie/er sich zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung? Ja Nein
Wenn ja, Unterbringung vom _____ bis _____ (Tag/Monat/Jahr)
bzw. ab _____. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

3. Angaben für die Prüfung eines Mehrbedarfes
Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, sofern ein Mehrbedarf beansprucht wird.

3a Schwangere haben einen Anspruch auf Mehrbedarf.
Geben Sie gegebenenfalls den voraussichtlichen Entbindungstermin an _____ (Tag/Monat/Jahr).
Bitte legen Sie geeignete Nachweise vor.

3b Ist sie/er alleinerziehend? Ja Nein

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. 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.

3c Hat sie/er eine Behinderung und erhält folgende Leistungen? Ja Nein
 Wenn ja, legen Sie bitte den aktuellen Bewilligungsbescheid vor.

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

3d Benötigt sie/er aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändigere Ernährung? Ja Nein
 Bitte legen Sie die **Ärztliche Bescheinigung zur Anerkennung eines Mehrbedarfes für kostenaufwendige Ernährung** vor.

3e Ist sie/er nicht erwerbsfähig und Inhaber eines Ausweises (nach § 69 Abs. 5 SGB IX) mit dem Merkzeichen G? Legen Sie bitte den entsprechenden amtlichen Ausweis vor. Ja Nein

3f Besteht bei ihr/ihm ein laufender besonderer Bedarf aufgrund eines besonderen Lebensumstands (z. B. Kosten für den Besuch eines außerhalb der Bedarfsgemeinschaft lebenden Elternteils)? Ja Nein
 Wenn ja, füllen sie bitte **Anlage BEBE** aus.

4. Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Füllen Sie bitte **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 **Anlage EKS** aus.

5. Angaben zu den Vermögensverhältnissen

Angaben zu Vermögen weiterer Personen der Bedarfsgemeinschaft bitte in **Anlage VM** eintragen.

6. Weitere Angaben, die für die Leistungsgewährung von Bedeutung sein können

6a Innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung

war sie/er sozialversicherungspflichtig beschäftigt,

war sie/er selbständig tätig,

hat er Wehr- oder Zivildienst geleistet,

hat sie/er Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld) bezogen,

hat sie/er Angehörige gepflegt (Pflege im Sinne des SGB XI) oder

Tragen Sie bitte die entsprechenden Zeiträume ein:

von	bis	Arbeitgeber/Behörde/Leistungsträger	beschäftigt/tätig als/Leistung

6b Ruht ihr/sein Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Eintritts einer Sperrzeit gemäß § 144 SGB III? Ja Nein
 Wenn ja, der Anspruch ruht vom _____ bis _____ (Tag/Monat/Jahr).
 Legen Sie bitte den Sperrzeitbescheid von Ihrer Agentur für Arbeit vor.

6c Ist der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Eintritts einer Sperrzeit gemäß § 147 SGB III erloschen? Ja Nein
 Wenn ja, ab _____ (Tag/Monat/Jahr). Legen Sie bitte den Bescheid über das Erlöschen des Anspruches auf Arbeitslosengeld von Ihrer Agentur für Arbeit vor.

7. Angaben zur Sozialversicherung

7a Ist sie/er bei einer gesetzlichen Krankenkasse pflicht-, familien- oder freiwillig versichert? Ja Nein

Wenn ja, Name und Sitz der Krankenkasse _____

Krankenversicherungsnummer (KV-Nr.) _____

Wenn nein,

sie/er ist zurzeit privat krankenversichert. Füllen Sie bitte **Anlage SV Abschnitt 1** aus.

sie/er ist zurzeit nicht krankenversichert. Füllen sie bitte **Anlage SV Abschnitt 2** aus.

7b Ist sie/er getrennt lebend und ihr Ehegatte, seine Ehegattin bzw. eingetragene/r Lebenspartner/in pflichtversichert? *) Wenn ja, tragen Sie bitte die entsprechenden Angaben unter Punkt 7c ein. Ja Nein

7c Ist sie/er unter 23 Jahre alt und ist ihre/seine Mutter bzw. ihr/sein Vater pflichtversichert? Ja Nein

Wenn ja, Name, Vorname, Geburtsdatum
der hauptversicherten Person (Ehegattin/
Ehegatte/Lebenspartnerin/Lebenspartner/
Mutter oder Vater)

Name und Sitz der Krankenkasse

Krankenversichertennummer (KV-Nr.)

7d Sie/er war bisher bei der gesetzlichen Rentenversicherung versichert.

Sie/er war bisher nicht rentenversichert:

Die Rentenversicherungsnummer wurde beantragt oder

soll vom Jobcenter beantragt werden.

8. Schadensersatzansprüche gegenüber Dritten

8a Hat sie/er einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlichen Behandlungsfehler, tätliche Auseinandersetzung) und ist sie/er deshalb hilfebedürftig geworden? Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage UF** aus. Ja Nein

8b Hat sie/er Ansprüche gegen Dritte, z. B. vertragliche Zahlungsansprüche oder vertragliche Schadensersatzforderungen? Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte den zutreffenden Anspruch an und legen entsprechende Nachweise vor.

Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft nicht nur mit der Erstattung der zu Unrecht erhaltenen Leistungen rechnen, sondern Sie setzen sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus.
Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen erhalten.

Das Merkblatt "SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende" und die Ausfüllhinweise habe ich erhalten und von ihrem Inhalt Kenntnis genommen.

Ich versichere, dass die Angaben zutreffend sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten, die von der Bundesagentur für Arbeit zur Gewährung des Arbeitslosengeldes erhoben und verarbeitet wurden, im Rahmen dieser Antragstellung durch das Jobcenter verwendet werden dürfen. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

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