

Anlage WEP – für eine weitere Person ab 15 Jahre in der Bedarfsgemeinschaft

Für Personen unter 15 Jahre füllen Sie bitte die **Anlage KI** aus. Füllen Sie diese Anlage (ohne die grau unterlegten Felder) bitte vollständig und gut lesbar in Druckschrift aus. Sie vermeiden dadurch zeitintensive und kostenaufwändige Rückfragen. Beachten Sie in dem Zusammenhang bitte die Ausfüllhinweise und das Merkblatt. Die Antragsvordrucke finden Sie auch im Internet unter www.jobcenter-row.de.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Leistungssachbearbeiterin / Ihren Leistungssachbearbeiter.

Bei den mit einem *) gekennzeichneten Feldern handelt es sich um freiwillige Angaben. Bitte beachten Sie hierzu die Belehrung zur Einwilligungserklärung auf Seite 4.

Tag der Antragstellung (wenn abweichend vom Erst- bzw. Weiterbewilligungsantrag)	Eingangsdatum / Dienststelle
---	------------------------------

1. Meine persönlichen Daten

Aktenzeichen _____
Das Aktenzeichen entnehmen Sie bitte dem letzten Bescheid bzw. Anschreiben.

Vorname _____ Familienname _____ Geburtsdatum _____

2. Persönliche Daten der Person in meiner Bedarfsgemeinschaft über 15 Jahre, auf die sich die Angaben in dieser Anlage beziehen

2a Allgemeine Daten

Familienname/ggf. Geburtsname _____

Vorname _____ Geschlecht männlich weiblich divers

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Geburtsland _____

Staatsangehörigkeit _____ Spätaussiedlerin/Spätaussiedler

Rentenversicherungsnummer _____ Rentenversicherungsnummer wurde beantragt

Telefonnummer (Mobil/Festnetz*) _____

E-Mail-Adresse*) _____

2b Familienstand

Die Person ist ledig verheiratet verwitwet

dauernd getrennt lebend seit _____ (Tag/Monat/Jahr)

geschieden seit _____ (Tag/Monat/Jahr)

Die gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft ist

eingetragen aufgehoben seit _____ (Tag/Monat/Jahr)

2c Verhältnis zum Antragsteller

Die Person ist mit mir bzw. mit meiner Partnerin/meinem Partner verwandt.

Verwandtschaftsverhältnis _____

3. Persönliche Angaben der Person unter 2. zur Prüfung der Leistungsberechtigung

3a	Die Person ist Spätaussiedlerin/Spätaussiedler und besitzt noch nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. <i>Bitte legen Sie den Aufnahmebescheid vor.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3b	Die Person ist Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. <i>Legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Duldung) vor.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3c	Die Person ist nach ihrer/seiner Einschätzung erwerbsfähig und gesundheitslich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3d	Die Person ist Schülerin/Schüler von _____ bis _____ <i>Legen Sie bitte die Schulbescheinigung vor.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3e	Die Person ist Studentin/Student von _____ bis _____ <i>Legen Sie bitte die Studienbescheinigung vor.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3f	Die Person ist Auszubildende/Auszubildender von _____ bis _____ <i>Legen Sie bitte den Ausbildungsvertrag vor.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3g	Die Person befindet sich zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Justizvollzugsanstalt). Unterbringung vom _____ bis _____ bzw. ab _____ <i>Legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3h	Die Person befindet sich in Privatinsolvenz bzw. beabsichtigt, Privatinsolvenz zu beantragen* <i>Diese Angabe ist freiwillig. Wenn Sie Angaben hierzu machen möchten, füllen Sie bitte die Anlage PI aus.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

4. Die Person unter 2. beantragt einen Mehrbedarf		
4a	bei Schwangerschaft . <i>Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht (z. B. Mutterpass).</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4b	bei Alleinerziehung . <i>Bitte beachten Sie, dass der Mehrbedarf nur gewährt wird, wenn mindestens ein minderjähriges Kind in der Bedarfsgemeinschaft lebt.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4c	für einen unabweisbaren, besonderen Bedarf , der nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise gedeckt werden kann (z. B. Kosten für den Besuch eines außerhalb der Bedarfsgemeinschaft lebenden Kindes). <i>Füllen Sie bitte die Anlage BEBE aus.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4d	wegen (medizinisch notwendiger) kostenaufwändiger Ernährung . <i>Füllen Sie bitte die Anlage MEB aus.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4e	für nicht Erwerbsfähige und Inhaber eines Ausweises nach § § 152 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G. <i>Legen Sie bitte den entsprechenden Ausweis vor.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

4f da eine **Behinderung** vorliegt und die Person eine der nachstehenden Leistungen Ja erhält: Nein

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 SGB IX **oder**

sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben **oder**

Eingliederungshilfen nach § 112 SGB IX.

Legen Sie bitte den entsprechenden Bewilligungsbescheid vor.

5. Angaben zu den Einkommensverhältnissen der Person unter 2.

Einkommen sind alle Einnahmen in Geld, also alles, was Ihnen bzw. Ihrer Bedarfsgemeinschaft zufließt. Füllen Sie für die Person unter 2. die **Anlage EK** aus und geben Sie hierbei sämtliche Einnahmen - auch möglicherweise privilegierte (also anrechnungsfreie) – an.

6. Angaben zu den Vermögensverhältnissen der Person unter 2.

Bitte beachten Sie **Punkt 8.** im Hauptantrag und tragen Sie die Angaben über die Vermögensverhältnisse der Person unter 2. in die **Selbstauskunft zum Vermögen** bzw. **die Anlage VM** ein.

7. Vorrangige Ansprüche der der Person unter 2.

7a Ansprüche gegenüber der Agentur für Arbeit

Innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung (Mehrfachnennungen sind möglich)

war die Person sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

hat die Person Wehr- oder Zivildienst geleistet.

war die Person selbstständig tätig.

hat die Person Angehörige gepflegt (Pflege im Sinne des SGB XI).

hat die Person Entgeltersatzleistungen erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld).

Tragen Sie in die nachstehende Tabelle (bzw. auf einem extra Blatt, wenn die Zeilen nicht ausreichen) bitte die entsprechenden Zeiträume ein und legen Sie jeweils geeignete Nachweise vor.

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

Ansprüche gegenüber Dritten

7b Die Person hat einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlichen Behandlungsfehler, tätliche Auseinandersetzung) und ist deshalb hilfebedürftig geworden. Ja Nein

*Füllen Sie bitte die **Anlage UF** aus.*

7c Die Person hat einen Anspruch gegenüber Dritten (z. B. vertragliche Zahlungsansprüche oder Schadensersatzforderungen). Ja Nein

Bezeichnung des Anspruchs _____

Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach.

8. Angaben zur Sozialversicherung der Person unter 2.		
8a	Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung Die Person ist in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflichtversichert. Name und Sitz der Krankenkasse _____ Krankenversicherertennummer _____ <i>Bitte legen Sie einen Nachweis (z. B. Mitgliedsbescheinigung) vor.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8b	Private, freiwillig gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung Die Person ist privat oder freiwillig gesetzlich kranken- und pflegeversichert. <i>Bitte füllen Sie die Anlage SV Abschnitt 2 aus.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8c	fehlende Kranken- und Pflegeversicherung Die Person ist derzeit nicht kranken- und pflegeversichert. <i>Bitte füllen Sie die Anlage SV Abschnitt 3 aus.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8d	Zusatzbeitrag in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung Die Person zahlt einen Zusatzbeitrag in Höhe von _____ € monatlich. <i>Bitte legen Sie den entsprechenden Nachweis vor.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8e	Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Die Person ist in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert. <input type="checkbox"/> Die Person ist nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert.	

Belehrung zur Einwilligungserklärung für die Verarbeitung freiwilliger Angaben.		
Ihre personenbezogenen Daten werden im Rahmen der Leistungsbearbeitung verarbeitet. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der freiwilligen Angaben (die mit einem *) gekennzeichneten Felder) ist Ihre Einwilligungserklärung. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.		
Ich willige in die Verarbeitung meiner Daten ein. Die Belehrung zu dieser Einwilligung habe ich gelesen, den Inhalt, insbesondere meine Rechte, habe ich zur Kenntnis genommen.		
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	_____ Unterschrift der Person unter 2.

Ich bestätige, dass die Angaben in dieser Anlage und den hiermit zusammenhängenden Anlagen vollständig und richtig sind.		
Bei wesentlichen Änderungen der persönlichen und/oder wirtschaftlichen Verhältnisse bin ich verpflichtet, diese unverzüglich mitzuteilen und entsprechende Nachweise vorzulegen.		
Mir ist bekannt, dass ich bei falschen oder unvollständigen Angaben sowie nicht bzw. nicht unverzüglich mitgeteilten Änderungen mit der Erstattung der zu Unrecht erhaltenen Leistungen rechnen muss und mich zudem auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aussetze.		
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	_____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragsteller/innen
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift der Person unter 2.	_____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters einer minderjährigen Person unter 2.