jobcenter

Anlage

WEP

Anlage für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

Füllen Sie dieses Formular bitte jeweils für alle Personen in Ihrer Bedarfsgemeinschaft über 15 Jahren aus.
Für Personen unter 15 Jahren verwenden Sie bitte die Anlage KI. Für Personen, die Ihrer Haushaltsgemeinschaft angehören, füllen Sie bitte die Anlage HG aus.
Erklärungen finden Sie in den Ausfüllhinweisen.
Informationen zu wichtigen Themen und Fragen finden Sie unter: www.jobcenter-kreis-steinfurt.de
Belegen Sie Ihre Angaben mit Nachweisen. Hierfür benötigt das Jobcenter ausschließlich Kopien.

A. Persönliche Daten der antragstellenden Person

1 Vorname

2 Nachname

3 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

4 Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)

B. Persönliche Daten der Person, für die diese Anlage ausgefüllt wird

5 Vorname

6 Nachname

7 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

8 Geburtsname/früherer Name

9 Geburtsort

10 Geburtsland

11 Staatsangehörigkeit

12 Geschlecht

☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers ☐ Keine Angabe

13 In welcher Beziehung stehen Sie zu der Person? (Hinweis Bedarfsgemeinschaft)

☐ Leibliches Kind, Kind meiner Partnerin/meines Partners, Adoptivkind

☐ Ehegattin/Ehegatte/eingetragene Lebenspartnerin/eingetragener Lebenspartner

☐ Partnerin/Partner (bitte füllen Sie auch die Anlage VE aus)

☐ Verwandte/Verschwägerte Person, zum Beispiel Geschwister, Großeltern
(bitte weiter mit Abschnitt „Unterschrift“. Bitte füllen Sie auch die Anlage HG aus.)

☐ Sonstige Person (bitte weiter mit Abschnitt „Unterschrift“. Bitte füllen Sie auch die Anlage VE aus.)

14 Bitte machen Sie Angaben zur Rentenversicherungsnummer/Sozialversicherungsnummer der Person. (Hinweis Persönliche Identifikationsnummern)

☐ Diese ist vorhanden und lautet:

☐ Diese ist nicht vorhanden.

☐ Diese wurde beantragt.

15 Bitte geben Sie die (steuerliche) Identifikationsnummer der Person an. (Hinweis Persönliche Identifikationsnummern)

16 Hat die Person eine gesetzlich bestellte Betreuerin/einen gesetzlich bestellten Betreuer, eine Bevollmächtigte/einen Bevollmächtigten oder Vormund?

◯ Ja (bitte fügen Sie die Bestellungsurkunde, die Vollmacht oder den Betreuerausweis bei)

◯ Nein

C. Weitere Angaben zur Nationalität

17 Hat die Person einen gültigen Aufenthaltstitel?

◯ Ja (bitte fügen Sie den Aufenthaltstitel bei)

◯ Nein

18 Erhält die Person Leistungen nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**? (Hinweis Berechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz)

◯ Ja (bitte fügen Sie einen Nachweis über den aufenthaltsrechtlichen Status und den Bescheid bei)

◯ Nein

19 Bis wann erhält die Person Asylbewerberleistungen?

bis (TT.MM.JJJJ)

20 Bitte geben Sie die Ausländerzentralregisternummer der Person an, falls vorhanden.

21 Hat jemand gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung zugesagt, alle Kosten während des Aufenthalts der Person in Deutschland zu übernehmen (Verpflichtungserklärung)? (Hinweis Verpflichtungserklärung)

◯ Ja (bitte fügen Sie die Verpflichtungserklärung oder einen anderen Nachweis bei)

◯ Nein

22 Bitte geben Sie für die Person die nationale Personenidentifikationsnummer des Herkunftslandes an, falls vorhanden. (Hinweis Persönliche Identifikationsnummern)

D. Angaben zur aktuellen Lebenssituation

23 Bitte geben Sie den aktuellen Familienstand der Person an.

☐ Ledig

☐ Verheiratet

☐ Verwitwet

☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft

☐ Dauernd getrennt lebend (bitte füllen Sie auch die Anlage UH1 aus)

☐ Geschieden (bitte füllen Sie auch die Anlage UH1 aus)

☐ Aufgehobene Lebenspartnerschaft (bitte füllen Sie auch die Anlage UH1 aus)

24 Seit wann ist die Person dauernd getrennt lebend, geschieden oder wann wurde die Lebenspartnerschaft aufgehoben?

seit/am (TT.MM.JJJJ)

25 Ist die Person **erwerbsfähig**? Dies bedeutet, die Person ist grundsätzlich gesundheitlich in der Lage, regelmäßig eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. (Hinweis Erwerbsfähigkeit)

◯ Ja

◯ Nein

26 Ist die Person schwanger? (Hinweis Mehrbedarfe)

◯ Ja

◯ Nein

27 Wann ist der voraussichtliche Entbindungstermin?

am (TT.MM.JJJJ) ☐

Falls der Kindsvater nicht in der Bedarfsgemeinschaft lebt, füllen Sie bitte auch die Anlage UH2 aus.

28 Ist die Person zwischen 15 und 18 Jahre alt, beantworten Sie bitte folgende Frage:
Lebt die Person regelmäßig abwechselnd in Ihrem Haushalt und im Haushalt des anderen Elternteils?

◯ Ja

◯ Nein

29 Ist die Person unter 25 Jahre alt und lebt mindestens ein Elternteil außerhalb der Bedarfsgemeinschaft? (Hinweis Bedarfsgemeinschaft)

◯ Ja (bitte füllen Sie die Anlage UH3 aus)

◯ Nein

30 Ist die Person **Schülerin/Schüler**, **Studentin/Student** oder **Auszubildende/Auszubildender**? (Hinweis Schule/Studium/Ausbildung)

◯ Ja (bitte fügen Sie Nachweise bei)

◯ Nein (weiter mit 33)

31 Fallen Kosten für Schulbücher/Arbeitshefte an? (Hinweis Schulbücher/Arbeitshefte)

◯ Ja

◯ Nein

32 Ist die Person während der Ausbildung auswärts untergebracht? (Hinweis Schule/Studium/Ausbildung)

◯ Ja

◯ Nein

33 Hat die Person schon **andere Leistungen beantragt oder beabsichtigt die Person**, Leistungen zu beantragen?

◯ Ja

◯ Nein

34 Bitte geben Sie an, welche Leistungen die Person beantragt hat oder beantragen möchte.
Bitte fügen Sie soweit möglich Nachweise bei.

☐ BAföG (Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz)

☐ BAB (Berufsausbildungsbeihilfe)

☐ Wohngeld

☐ Arbeitslosengeld

☐ Rente

☐ Krankengeld

☐ Kindergeld

☐ Kinderzuschlag

☐ Sonstiges ☐

35 Benötigt die Person aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung?
(Hinweis Mehrbedarfe)

◯ Ja (bitte füllen Sie auch die Anlage MEB aus)

◯ Nein

36 Ist die Person nicht erwerbsfähig und hat einen Ausweis nach § 152 Absatz 5 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) mit dem Merkzeichen G? (Hinweis Mehrbedarfe)

◯ Ja (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)

◯ Nein

37 Hat die Person eine Behinderung?

◯ Ja

◯ Nein (weiter mit 39)

38 Erhält die Person Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 SGB IX oder sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes oder Eingliederungshilfen nach § 112 SGB IX?

◯ Ja (bitte fügen Sie den Bescheid bei)

◯ Nein

39 Hat die Person einen unabweisbaren besonderen Bedarf, den die Person nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann, zum Beispiel Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern?
(Hinweis Unabweisbarer besonderer Bedarf)

◯ Ja (bitte füllen Sie auch die Anlage BB aus)

◯ Nein

40 Befindet sich die Person derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung, zum Beispiel Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt? (Hinweis Stationäre Einrichtung)

◯ Ja

◯ Nein

41 Bitte geben Sie die Art der stationären Einrichtung an.

42 Bitte geben Sie die (voraussichtliche) Dauer des Aufenthalts an.

von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)

E. Angaben zur bisherigen Lebenssituation

43 Wenn die Person zuvor im Ausland gelebt hat, geben Sie bitte das Datum der Einreise nach Deutschland an (TT.MM.JJJJ).

44 Hat die Person **innerhalb der letzten drei Jahre** bereits Bürgergeld, Grundsicherungsgeld oder Sozialhilfe beantragt oder bezogen?

◯ Ja

◯ Nein

45 Bitte geben Sie die Art der Leistung an.

46 Bitte geben Sie den Zeitraum des Bezugs an.

von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)

Bitte geben Sie Name und Anschrift des Leistungsträgers an.

47 Name des Leistungsträgers

48 Straße | 49 Hausnummer | 50 Postleitzahl | 51 Ort

Bitte geben Sie an, welche der nachfolgenden Aussagen für die Person innerhalb der letzten fünf Jahre zutreffen und fügen Sie Nachweise bei.

52 War die Person bei einer Arbeitgeberin/einem Arbeitgeber angestellt beziehungsweise beschäftigt?

- ◯ Ja
- ◯ Nein (weiter mit 60)

53 Bitte geben Sie den Zeitraum der Beschäftigungen an.

von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)

von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)

54 Hat die Person ausstehende Lohnansprüche gegen eine (ehemalige) Arbeitgeberin/einen (ehemaligen) Arbeitgeber? (Hinweis Ansprüche gegenüber Dritten)

- ◯ Ja
- ◯ Nein (weiter mit 60)

Bitte geben Sie Name und Anschrift der (ehemaligen) Arbeitgeberin/des (ehemaligen) Arbeitgebers an.

55 Name (ehemalige) Arbeitgeberin/(ehemaliger) Arbeitgeber

56 Straße | 57 Hausnummer | 58 Postleitzahl | 59 Ort

60 War die Person selbständig/freiberuflich tätig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

61 Hat die Person Entgeltersatzleistungen erhalten, zum Beispiel Krankengeld, Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Elterngeld?

- ◯ Ja
- ◯ Nein (weiter mit 64)

62 Bitte geben Sie die Entgeltersatzleistung an.

63 Bitte geben Sie den Zeitraum an, in dem die Person die Entgeltersatzleistung erhalten hat.

von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)

64 Hat die Person Wehrdienst oder einen freiwilligen Dienst geleistet, zum Beispiel Freiwilliges Soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

65 Hat die Person Angehörige gepflegt (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch)?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

66 Wenn keine der obigen Aussagen auf die Person zutrifft, geben Sie bitte an, wie die Person Ihren Lebensunterhalt bestritten hat, zum Beispiel finanzielle Unterstützung durch Verwandte/Bekannte, Ersparnisse, Erbschaft.

67 Hat die Person einen **Anspruch gegenüber Dritten,** zum Beispiel Schadensersatz, Erbschaft?
(Hinweis Ansprüche gegenüber Dritten)

- ◯ Ja (bitte fügen Sie einen Nachweis über den Anspruch bei)
- ◯ Nein

68 Hat die Person in ihrem bisherigen Leben einen **Unfall oder einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten** erlitten (zum Beispiel Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung)?

- ◯ Ja (bitte füllen Sie auch die Anlage UF aus)
- ◯ Nein

F. Kranken- und Pflegeversicherung

69 Ist oder war die Person zuletzt in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung familien- oder pflichtversichert?
(Hinweis Kranken- und Pflegeversicherung)

- ◯ Ja
- ◯ Nein

70 Bei welcher Krankenkasse ist die Person oder möchte die Person versichert werden?
Bitte geben Sie den Namen der Krankenkasse an und fügen Sie einen aktuellen Nachweis über die Versicherung bei.

71 Ist die Person privat versichert, freiwillig gesetzlich versichert oder nicht versichert?

- ◯ Ja (bitte füllen Sie auch die Anlage SV aus)
- ◯ Nein

G. Erforderliche Anlagen zur Prüfung Ihres Antrags

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag die nachfolgenden Anlagen und Unterlagen bei.
Anlage VM: Dieses Formular füllen Sie einmal für Ihre gesamte Bedarfsgemeinschaft aus.
Kontoauszüge: Bei einer Antragstellung ist grundsätzlich die Vorlage von Kontoauszügen der letzten drei Monate erforderlich. Bitte achten Sie darauf, dass die Kontoauszüge aller vorhandenen Konten von allen Personen der Bedarfsgemeinschaft vollständig und lückenlos vorgelegt werden. (Hinweis Kontoauszüge)
Anlage EK: Dieses Formular füllen Sie jeweils für jede Person in der Bedarfsgemeinschaft aus.
Anlage EKS: Dieses Formular wird zusätzlich für diejenige Person in der Bedarfsgemeinschaft benötigt, die eine selbständige oder freiberufliche Tätigkeit ausübt.
Anlagen aus den Abschnitten A bis F, soweit diese je nach Lebenssituation erforderlich sind.

H. Hinweise und Unterschrift

Bildung und Teilhabe

Beachten Sie bitte, dass Personen unter 25 Jahren einen Anspruch auf Leistungen für Bildung und Teilhabe haben können (§ 28 Zweites Buch Sozialgesetzbuch). Diese Leistungen umfassen zum Beispiel die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung, den persönlichen Schulbedarf und Zuschüsse zu Vereinsbeiträgen. Eine Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen erfolgt bereits ab der Beantragung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Ein gesonderter Antrag ist nur für den Bedarf für zusätzliche Lernförderung notwendig. Für Kinder ab 15 Jahren reichen Sie bitte grundsätzlich eine Schulbescheinigung ein. Weitere Informationen zu diesen Leistungen erhalten Sie bei Ihrem Jobcenter oder dem zuständigen kommunalen Träger.

Datenschutzhinweise

Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch für die Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhoben und unterliegen dem Sozialgeheimnis. Näheres zum Datenschutz können Sie dem „Merkblatt - Grundsicherung für Arbeitsuchende SGB II - Hinweise zur Datenverarbeitung“ entnehmen. Falls Sie hierzu Fragen haben, melden Sie sich bei dem für Sie zuständigen Jobcenter.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

72 Datum

73 Unterschrift antragstellende Person (bei Minderjährigen: Unterschrift erziehungs- oder sorgeberechtigte Person)

74 Datum

75 Unterschrift Betreuerin/Betreuer/Vormund