

Zusatzblatt zu Abschnitt III

Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden weiteren Personen

- Unter Bedarfsgemeinschaft ist der erwerbsfähige Hilfebedürftige sowie der nicht dauernd getrennt lebende Ehegatte, der nicht dauernd getrennt lebende Lebenspartner bzw. eine Person, die mit dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft zusammenlebt zu verstehen.
- Zu der Bedarfsgemeinschaft gehören auch die dem Haushalt angehörenden unverheirateten Kinder des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen oder seines Partners, welche das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, soweit sie ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen sichern können.
- Ebenfalls zur Bedarfsgemeinschaft gehören die Eltern einer/s volljährigen Hilfebedürftigen, die/der das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- Nicht zu einer Bedarfsgemeinschaft, möglicherweise aber zu einer Haushaltsgemeinschaft können andere Personen gehören, wie z.B. Großeltern, Tante, Onkel, Schwägerin, Schwager oder Kinder, die das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben.

Dieses Zusatzblatt ist Bestandteil des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II.

Bitte die weiteren Angehörigen in der Reihenfolge des Geburtsdatums -beginnend mit dem ältesten Mitglied der Bedarfsgemeinschaft- eintragen

Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Antragsteller(in)			
/Partner(in) Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum und Geburtsort			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (ggf. bitte Arbeitsgenehmigung vorlegen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (ggf. bitte Arbeitsgenehmigung vorlegen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (ggf. bitte Arbeitsgenehmigung vorlegen)
Berechtigte(r) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweise vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweise vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweise vorlegen)
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit			
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich) - Näheres siehe Abschn. II -	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich ausüben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich ausüben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich ausüben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
Auszubildende/r - auch in Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> ja, Ausbildung (bitte Nachweise vorlegen) bis Monat _____ Jahr _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Ausbildung (auch Schulausbildung) bis Monat _____ Jahr _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Ausbildung (auch Schulausbildung) bis Monat _____ Jahr _____ <input type="checkbox"/> nein

Unterbringung in einer stationären Einrichtung (aktuell oder künftig) -Näheres siehe Abschn. II -	<input type="checkbox"/> ja, Unterbringung ab _____ bzw. vom _____ bis _____ Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Unterbringung ab _____ bzw. vom _____ bis _____ Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Unterbringung ab _____ bzw. vom _____ bis _____ Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor. <input type="checkbox"/> nein
Die folgenden Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung sind für die Angehörigen der Bedarfsgemeinschaft zu beantworten, die das 15. Lebensjahr vollendet haben.			
Krankenversicherung (KV)	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung (pflicht- oder familienversichert) Name und Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung (pflicht- oder familienversichert) Name und Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung (pflicht- oder familienversichert) Name und Sitz der Krankenkasse
	Krankenversichertennummer	Krankenversichertennummer	Krankenversichertennummer
	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt „Sozialversicherung“ ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt „Sozialversicherung“ ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt „Sozialversicherung“ ausfüllen)
	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert
Rentenversicherung (RV)	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Deutsche RV Bund <input type="checkbox"/> Deutsche RV Rheinland <input type="checkbox"/> Deutsche RV Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> Deutsche RV _____	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Deutsche RV Bund <input type="checkbox"/> Deutsche RV Rheinland <input type="checkbox"/> Deutsche RV Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> Deutsche RV _____	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Deutsche RV Bund <input type="checkbox"/> Deutsche RV Rheinland <input type="checkbox"/> Deutsche RV Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> Deutsche RV _____
	RV-Nr.:	RV-Nr.:	RV-Nr.:
	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsort/-land:	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsort/-land:	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsort/-land: