

# 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. Beachten Sie bitte auch die Ausfüllhinweise.

Dienststelle	Eingangsstempel
Team	

Nummer der Bedarfsgemeinschaft \_\_\_\_\_  
Familiennamen, Vorname  
der Antragstellerin/des Antragstellers \_\_\_\_\_

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

Familiennamen/ggf. Geburtsnamen \_\_\_\_\_ Kunden-Nr. \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  Spätaussiedlerin/Spätaussiedler  
Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_  
Familienstand  ledig  verheiratet  eingetragene Lebenspartnerschaft  veritwet  
 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 Ist sie/er Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?  Ja  Nein  
Wenn ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise 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 Studentin/Student, Beginn \_\_\_\_\_ Ende \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr) oder 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 (vgl. auch Kapitel 18 des Merkblattes). 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.

\*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen.

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  
 Wenn ja, bitte füllen Sie **Anlage MEB** aus.

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 \*) oder

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

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 \_\_\_\_\_

Krankenversicherernummer (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.

\*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen.

7b Nachfolgende Angaben sind erforderlich, soweit sie/er getrennt lebend ist, da sie/er ggf. familienversichert werden kann. \*)

Ist ihr Ehegatte, seine Ehegattin bzw. eingetragene/r Lebenspartner/in pflichtversichert?  Ja  Nein

Wenn ja, Name, Vorname, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name und Sitz der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Krankenversicherturnummer (KV-Nr.) \_\_\_\_\_

7c Nachfolgende Angaben sind erforderlich, soweit sie/er das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, da sie/er ggf. bei einem Elternteil familienversichert werden kann. \*)

Ist ihre/seine Mutter bzw. ihr/sein Vater pflichtversichert?  Ja  Nein

Wenn ja,

Name, Vorname, Geburtsdatum der hauptversicherten Person (Mutter oder Vater) \_\_\_\_\_

Name und Sitz der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Krankenversicherturnummer (KV-Nr.) \_\_\_\_\_

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

Sie/er war bisher nicht rentenversichert:

Die Rentenversicherturnummer  wurde beantragt oder  soll von Ihrem Leistungsträger 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, vertragliche Schadensersatzforderungen, Ansprüche aus ungerechtfertigter Bereicherung (§§ 812 ff BGB), Pflichtteilsansprüche gegen Erben (§§ 2303 ff BGB), Rückforderungsansprüche aus Schenkungen (§ 528 Abs. 1 BGB), Ansprüche aus einem Übergabe- oder Altenteilsvertrag, Ansprüche aus einer betrieblichen Altersversorgung, nicht erfüllte vertraglich gesicherte Leibrentenzahlung (§§ 759 - 761 BGB).  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 (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)" und die Ausfüllhinweise habe ich erhalten und von ihrem Inhalt Kenntnis genommen.

**Ich versichere, dass die Angaben zutreffend sind.**

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 Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten: _____			
Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller	Ort/Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller

\*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen.