

# Anlage

für ein Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft  
(zu Abschnitt 2.1 des Hauptantrags)



2

# KI



Zutreffendes  
bitte  
ankreuzen



Weitere Informationen  
finden Sie in den  
Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de).

Bearbeitungsvermerke  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

## 1. Persönliche Daten

### 1.1 Meine persönlichen Daten

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	

### 1.2 Persönliche Daten des in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Kindes

Familienname	Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
Geburtsort	Geburtsland	
Rentenversicherungsnummer <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt	

## 2. Persönliche Angaben

<input type="checkbox"/> Ich bin bzw. meine Partnerin/mein Partner ist mit dem Kind verwandt.	
Name/n der mit dem Kind verwandten Person/en	Verwandtschaftsverhältnis
Das Kind ist Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.	
Das Kind befindet sich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z. B. in einem Krankenhaus). <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dauer der Unterbringung von - bis	
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.	
▶ Diese Angabe ist nur erforderlich, wenn Ihr Kind ab dem 01.08.2012 geboren ist.	
Für das Kind unter 3 Jahren wurde ein Platz in einer Kindertagesstätte beantragt bzw. es wird bereits in einer Kindertagesstätte betreut. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Betreuung in der Kindertagesstätte ab (ggf. bis)	
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.	

## 3. Prüfung eines Mehrbedarfs

▶ Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

<input type="checkbox"/> Das Kind benötigt aus medizinischen Gründen eine <b>kostenaufwändige Ernährung</b> . <input type="radio"/>
▶ Bitte füllen Sie die Anlage MEB aus.

Anlage MEB

- Das Kind ist **schwanger**.  
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.
- Das Kind hat regelmäßig einen **unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarf** auf Grund eines besonderen Lebensumstandes.   
▶ Bitte füllen Sie die **Anlage BB** aus.

- \_\_\_\_\_
- Anlage BB
- Anlage SV

**4. Kranken- und Pflegeversicherung**

- ▶ Bitte füllen Sie die **Anlage SV** aus, wenn das Kind privat oder in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung freiwillig versichert ist.
- ▶ Bitte füllen Sie den folgenden Abschnitt nur aus, wenn **das Kind bereits das 14. Lebensjahr vollendet hat** und legen einen entsprechenden Nachweis über die Kranken- und Pflegeversicherung vor. Alternativ können Sie auch die gültige Krankenversichertenkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte des Kindes vorlegen.

- Das Kind ist in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung familienversichert** bei folgender Person:

Familiename		Vorname	
Geburtsdatum	Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	
Krankenversichertennummer (falls bekannt)			

- Das Kind ist in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflichtversichert** (z. B. durch den Bezug einer Hinterbliebenenrente).

Name der Krankenkasse		Sitz der Krankenkasse	
Krankenversichertennummer (falls bekannt)			

Beachten Sie bitte, dass dieser Antrag gemäß § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II in der Regel auf den Ersten des Monats zurückwirkt und Sie somit alle leistungsrelevanten Tatsachen (insbesondere Zufluss von Einkommen) für den gesamten Monat (auch für die Zeit ab dem Ersten des Monats) angeben müssen.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe Merkblatt SGB II). 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.

Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft mit der Rückforderung der zu viel gezahlten Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus.

Beachten Sie bitte, dass das Jobcenter im Wege des automatisierten Datenabgleichs Auskünfte bei Dritten, z. B. über Beschäftigungszeiten, Kapitalerträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten.

**Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.**

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--