

Anlage

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



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden
Sie zu der jeweiligen Nummer
in den Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.arbeitsagentur.de.

1. Persönliche Daten

1.1 Meine persönlichen Daten

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	Kundennummer (falls vorhanden)

1.2 Persönliche Daten des in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Kindes

Familienname	Vorname
Geburtsname (sofern abweichend)	Geburtsdatum
Geburtsland	Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Geschlecht
Rentenversicherungsnummer <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt

2. Persönliche Angaben

Ich bin bzw. meine Partnerin/mein Partner ist mit dem Kind verwandt.

Name/n der mit dem Kind verwandten Person/en	Verwandtschaftsverhältnis
--	---------------------------

Für das Kind wurden für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen. Ja Nein
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Das Kind ist **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**. Ja Nein
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung) vor.

Das Kind ist **Schülerin/Schüler** Ja Nein

Das Kind wurde eingeschult bzw. wird voraussichtlich (wieder) eingeschult werden am _____.
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis über den (Wieder-)Einschulungstermin vor.

Es wurden bereits Leistungen für Schulbedarfe bei einem anderen Träger beantragt oder von diesem geleistet. Ja Nein
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.



2

KI

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

AZR-Nummer des Kindes:

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Das Kind befindet sich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (z. B. in einem Krankenhaus). Ja Nein

Dauer der Unterbringung von - bis

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

3. Prüfung eines Mehrbedarfs

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

Das Kind benötigt aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**.

► Bitte füllen Sie die _____ aus.

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 _____ aus.

4. Kranken- und Pflegeversicherung

► Bitte füllen Sie die _____ 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 elektronische Gesundheitskarte des Kindes vorlegen.

Das Kind ist in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung familienversichert** und ist künftig pflichtversichert bei:

der bisherigen Krankenkasse.

einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

Sitz der Krankenkasse

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)

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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben.

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)

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage MEB

Anlage BB

Anlage SV