

Anlage WEP

für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft —
Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte die Anlage KI aus —



Zutreffendes
bitte
ankreuzen

(3)

Weitere Informationen finden
Sie zu der jeweiligen Nummer
in den Ausfüllhinweisen

Die nachstehenden 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. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter

https://www.arnsberg.de/buerger/produkte/buergerdienste/jobcenter/Grundsicherung_fuer_Arbeitssuchende.php

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter <https://www.arbeitsagentur.de/download-center>

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

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

2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf folgende weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft (4)

2.1 Persönliche Daten

Anrede	Vorname und Familiennamen		
Geburtsort		Geburts- und Geburtsland	
Staatsangehörigkeit	Rentenversicherungsnummer (bitte beantragen, falls noch nicht vorhanden) (1)		

2.2 Familienstand

Die **weitere Person** ist

ledig / geschieden seit / verheiratet / dauernd getrennt lebend seit / verwitwet (bitte angeben)

Oder die eingetragene Lebenspartnerschaft der **weiteren Person** ist

Eingetragen seit / aufgehoben seit / dauernd getrennt lebend seit (bitte angeben)

2.3 Persönliche Angaben zur weiteren Person

- Ich bin mit der **weiteren Person** verwandt.
- Meine Partnerin/mein Partner ist mit der **weiteren Person** verwandt.

Verwandtschaftsverhältnis:

Die **weitere Person** hat bzw. für die weitere Person wurden für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen beim einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen. Ja Nein

Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Die **weitere Person** fühlt sich **gesundheitslich** in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens **drei Stunden täglich** auszuüben.(9) 0 Ja Nein

Die **weitere Person** ist **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**.(8) Ja Nein

Legen Sie bitte die Aufenthaltserlaubnis vor (gerne per Foto und Email)

Die weitere Person ist Schülerin/Schüler, Studentin/Student, Auszubildende/Auszubildender Ja Nein

Dauer der Schulausbildung von - bis

Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (z. B. Schulbescheinigung) vor.

Dauer des Studiums von - bis

Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (z. B. Immatrikulationsbescheinigung) vor.

Dauer der Ausbildung von - bis

Falls ja, legen Sie bitte den Ausbildungsvertrag vor.

- Während der Ausbildung ist die weitere Person in einem **Wohnheim, Internat, einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen** oder beim **Ausbilder mit voller Verpflegung** oder **anderweitig mit Kostenerstattung** für Unterkunft und Verpflegung untergebracht.

Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise vor.

Die weitere Person befindet sich derzeit oder demnächst **Einrichtung** Ja Nein
(z. B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt)

Dauer der Unterbringung von – bis Art der stationären Unterbringung (11)

Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und die Dauer vor.

3. Prüfung eines Mehrbedarfs

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

- Sofern aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändigere Ernährung erforderlich ist, füllen Sie bitten **Anlage MEB** aus. (14)

- Sofern die Person schwanger ist, legen Sie bitte einen Nachweis vor, aus dem der Entbindungstermin hervorgeht (12) (z.B. Foto Mutterpass mit Entbindungstermin zusenden).

- Die Person hat eine Behinderung und** erhält (15)

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) **oder**
- sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes **oder**
- Eingliederungshilfen nach § 102 SGB IX.

Bitte legen Sie einen aktuellen Bescheid vor.

- Die weitere Person hat regelmäßig einen **unabweisbaren, laufenden und nicht nur einmaligen besonderen Bedarf** aufgrund besonderer Umstände, z.B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts (17). Bitte Anlage BB ausfüllen.

4. Einkommen (18)

Zur Prüfung der Einkommensverhältnisse der weiteren Person füllen Sie bitte die Anlage EK aus. Bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit füllen Sie bitte zusätzlich die Anlage EKS aus.

5. Vermögen (19)

Bitte Anlage VM ausfüllen, sofern die Frage im vereinfachten Antrag unter 7. mit Ja beantwortet wurde.

6. Lebenssituation der weiteren Person

6.1 Vorrangige Leistungen (20)

Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf andere Leistungen oder gegenüber Dritten bestehen könnte. Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

In den letzten 5 Jahren (21)

<input type="checkbox"/>	Die weitere Person war beschäftigt		
	Von-bis	Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> Minijob
	von - bis	Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> Minijob
	war die weitere Person selbständig tätig von - bis	Art der Tätigkeit	

In den letzten 6 Monaten

<input type="checkbox"/>	hat die weitere Person einen Wehrdienst oder freiwilligen Dienst geleistet (z. B. FSJ, Bundesfreiwilligendienst).
<input type="checkbox"/>	hat die weitere Person Angehörige gepflegt (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch)
<input type="checkbox"/>	hat die weitere Person Entgeltersatzleistungen erhalten (z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Übergangsgeld) von – bis Art der Leistung
<input type="checkbox"/>	trifft keiner der o. g. Punkte auf die weitere Person zu. Die weitere Person hat ihren Lebensunterhalt wie folgt bestritten (z. B. finanzielle Unterstützung durch Verwandte/Bekannte, Ersparnisse, Erbschaft):

6.2 Ansprüche gegenüber Dritten (22) (23)

Die andere Person hat schon andere Leistungen beantragt (z.B. Wohngeld, BaföG, BAB, Rente, Arbeitslosengeld, Kinderzuschlag) oder beabsichtigt einen solchen Antrag zu stellen. (Bitte eintragen und Bescheid nach Erhalt vorlegen!)

Antragsdatum:

Leistungsart:

Sozialleistungsträger:

<input type="checkbox"/>	Die weitere Person erhebt Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (z. B. bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz) oder für Zeiten nach Ausscheiden (z.B. noch ausstehende Abfindung) Arbeitgeber:	Anschrift:
--------------------------	--	------------

Grund:

.

Bitte legen Sie einen geeigneten Nachweis vor (z. B. Schriftwechsel mit Ihrer Rechtsanwältin/Ihrem Rechtsanwalt oder dem Gericht).

- Die **weitere Person** hat einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (z. B. Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung). Die weitere Person muss deshalb Leistungen beim Jobcenter beantragen.

Bitte füllen Sie die Anlage UF aus.

- Die **weitere Person** hat einen Anspruch gegenüber Dritten (z. B. aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen). *Bitte weisen Sie den Anspruch durch aktuelle Unterlagen nach.*

Bezeichnung des Anspruchs:

- Die **weitere Person** lebt getrennt von ihrer Ehegattin/ihrem Ehegatten bzw. ihrer eingetragenen Lebenspartnerin/ihrem eingetragenen Lebenspartner. *Bitte füllen Sie die Anlage UH1 aus.*

- Die **weitere Person** ist geschieden bzw. die eingetragene Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben.

Bitte füllen Sie die Anlage UH1 aus.

- Die **weitere Person** ist schwanger oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren.

Bitte füllen Sie die Anlage UH2 aus..

- Die **weitere Person** ist
- unter 18 Jahre alt oder
 - zwischen 18 und 24 Jahre alt und macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen **und** mindestens ein Elternteil lebt und außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

Bitte füllen Sie die Anlage UH3 aus, falls die weitere Person das Kind ist.

Bitte füllen Sie die Anlage UH4 aus, falls die weitere Person nicht das Kind ist und Sie mit Ihr in einer Partnerschaft leben.

- Für die **weitere Person** wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben. (24)

Bitte legen Sie hierzu geeignete Unterlagen vor (z. B. Kopie der Verpflichtungserklärung).

7. Kranken- und Pflegeversicherung (25)

7.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

- Die **weitere Person** ist oder war zuletzt in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflicht- oder familienversichert.

Name der Krankenkasse

Krankenversicherturnummer

Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Versicherung der weiteren Person vor, Ersatzweise können Sie auch die gültige elektronische Gesundheitskarte der weiteren Person vorlegen (gerne per Email als Foto)

- Die **weitere Person** ist **familienversichert** und ist **in Zukunft pflichtversichert** bei (26)
- der bisherigen Krankenkasse.
 - einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Krankenkassenwahl vor, wenn die weitere Person die Krankenkasse wechselt. (27)

7.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

- Die **weitere Person** ist **privat** oder **freiwillig gesetzlich** versichert.

Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 2 aus.

- Die **weitere Person** ist **nicht** versichert.

Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 3 aus.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)