

# Anlage WEP

zur Eintragung weiterer Personen der Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren (zu Abschnitt 2f 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 \_\_\_\_\_  
Familiename, Vorname  
der Antragstellerin/des Antragstellers \_\_\_\_\_

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

Familiename/ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_ Kunden-Nr. \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_  
Familienstand  ledig  verheiratet  eingetragene Lebenspartnerschaft  verwitwet  
Seit \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)  dauernd getrennt lebend  
Seit \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)  geschieden

**2. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung**

2a Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller(in) oder zum Partner/zur Partnerin?  Ja  Nein  
Wenn ja, welches und zu wem? \_\_\_\_\_

2b Ist sie/er Spätaussiedler/in nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVG) und ortsgebunden?  Ja  Nein  
Wenn ja, legen Sie bitte die Registrierbescheinigung oder den Aufnahmebescheid vor.

2c Ist sie/er Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?  Ja  Nein  
Wenn ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

2d Ist sie/er - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben? \*)  Ja  Nein

2e Ist sie/er Schülerin/Schüler? Wenn ja, bis (Tag/Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ oder  Ja  Nein  
Studentin/Student? Wenn ja, bis (Tag/Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ oder  Ja  Nein  
in einer beruflichen Ausbildung? Wenn ja, bis (Tag/Monat/Jahr) \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung, Studienbescheinigung oder den Ausbildungsvertrag vor.

2f Befindet sie/er sich zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung? \*)  Ja  Nein  
Wenn ja, Unterbringung (Tag/Monat/Jahr) vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
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 17 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 bis 3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

3d Benötigt sie/er aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige 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

**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. Angaben für die Prüfung eines befristeten Zuschlags \*)**  
 Hat sie/er innerhalb der letzten 2 Jahre Arbeitslosengeld bezogen?  Ja  Nein  
 Wenn ja,

6a der Arbeitslosengeldanspruch endete am \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

6b die Höhe des zuletzt bezogenen Arbeitslosengeldes betrug \_\_\_\_\_ Euro/täglich  
 Legen Sie bitte den letzten Bewilligungsbescheid zum Arbeitslosengeld und das Beendigungsschreiben von der Agentur für Arbeit vor.

6c Sofern sie/er während des Bezuges von Arbeitslosengeld Wohngeld bezogen hat, geben Sie bitte die Höhe an \_\_\_\_\_ Euro/monatlich  
 Legen Sie bitte den Bescheid von der Wohngeldstelle vor.

**7. Weitere Angaben, die für die Leistungsgewährung von Bedeutung sein können \*)**

7a Ruht ihr/sein Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen des 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.

7b Ist der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen des 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.

**8. Angaben zur Sozialversicherung**

8a Ist sie/er bei einer gesetzlichen Krankenkasse pflicht-, familien- oder freiwillig versichert? \*)  Ja  Nein  
 Wenn ja, Name und Sitz der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
 Krankenversicherten-Nr. (KV-Nr.) \_\_\_\_\_  
 Wenn nein,

sie/er war zuletzt krankenversichert bei (bitte Krankenkasse und KV-Nr. oben eintragen).

sie/er war bisher nicht krankenversichert. Lassen Sie bitte die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse ihrer/seiner Wahl beantragen und legen Sie die Mitgliedsbescheinigung vor.

sie/er war bisher privat krankenversichert.  
 Füllen Sie bitte **Anlage SV** aus.

8b 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 \_\_\_\_\_  
 Krankenversicherten-Nr. (KV-Nr.) \_\_\_\_\_

\*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen

8c Nachfolgende Angaben sind erforderlich, wenn sie/er das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, da sie/er ggf. bei einem Elternteil familienversichert werden kann. \*)

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

Wenn ja,  
 Name, Vorname, Geburtsdatum der hauptversicherten Person (Vater oder Mutter) \_\_\_\_\_  
 Name und Sitz der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
 Krankenversicherten-Nr. (KV-Nr.) \_\_\_\_\_

8d Ist sie/er in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert? \*)  Ja  Nein

Wenn ja, bei  Deutsche Rentenversicherung - Bund bzw. deren zuständigem Regionalträger oder  
 Deutsche Rentenversicherung - Knappschaft-Bahn-See.

Wenn nein,  sie/er ist von der Rentenversicherungspflicht befreit und/oder privat versichert.  
 Füllen Sie bitte **Anlage SV** aus.  
 sie/er war bisher nicht rentenversichert:  
 Die Rentenversicherungs-Nr. wurde beantragt oder  
 soll vom Leistungsträger beantragt werden.

**9. Schadensersatzansprüche gegenüber Dritten**

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

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.  
 Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von mir freiwillig angegebenen Daten bin ich einverstanden.

_____ 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