

Anlage Personendaten

Zur Eintragung für jede Person ab 15 Jahre

Name Antragsteller	Eingangsstempel/angenommen am
Aktenzeichen	

I. Allgemeine Daten des Antragstellers oder der mit dem Antragsteller in Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen (Bitte Nachweise vorlegen!)	
Familienname, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	Geburtsland
Sozialversicherungsnummer	Steueridentifikationsnummer*
Kundennummer BA	
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____	
Schulbildung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von _____ bis _____	Erwerbsfähigkeit <input type="checkbox"/> unter 3 Std. täglich <input type="checkbox"/> zwischen 3 und 6 Std. täglich <input type="checkbox"/> über 6 Std. täglich
Studium <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von _____ bis _____	
Berufsbildung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von _____ bis _____	
arbeitslos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit _____	
stationärer Aufenthalt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit _____	

II. Staatsangehörigkeit	
<input type="checkbox"/> deutsch	
<input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> nicht Mitglied der EU <input type="checkbox"/> eine Arbeitserlaubnis liegt vor, gültig bis _____ (Bitte Arbeitserlaubnis vorlegen!)	
<input type="checkbox"/> Spätaussiedler (Bitte Registrierschein vorlegen!)	
<input type="checkbox"/> Berechtigter nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) (Bitte entsprechende Nachweise vorlegen!)	

III. Kranken- und Pflegeversicherung (Bitte Nachweis der Versicherung zur Einsicht vorlegen!)	
Sofern eine Person das 15. Lebensjahr vollendet und keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II hat, kann diese kostenfrei über einen Familienangehörigen in der Familienversicherung versichert werden. Wenn für eine Person, die das 15. Lebensjahr vollendet hat, ein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II besteht, kann diese jedoch nicht in die Familienversicherung aufgenommen werden.	
<input type="checkbox"/> gesetzlich pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert	
Name und Sitz der Krankenversicherung	
Krankenversicherungsnummer	
<input type="checkbox"/> nicht krankenversichert	

* für freiwillig gesetzlich sowie privat versicherte Antragsteller

Name und Sitz der letzten Krankenversicherung

Wurde bislang Sozialhilfe bezogen oder bestand keine Krankenversicherung muss für den Bezug von Leistungen nach dem SGB II eine Krankenkasse gewählt werden.

IV. Mehrbedarf

Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarf erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind.

Besteht eine Schwangerschaft? (Bitte Mutterpass vorlegen!) ja nein

Voraussichtlicher Entbindungstermin lt. Mutterpass:

Ist sie/er alleinerziehend? ja nein

Benötigt er/sie aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung?
Lassen Sie das Beiblatt „Kostenaufwändige Ernährung“ von Ihrem Hausarzt ausfüllen. ja nein

Gehört er/sie zum Personenkreis der schwer behinderten Menschen und erhält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben? (Bitte Bewilligungsbescheid beifügen!) ja nein

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	ausgestellt von (Behörde)	Bewilligungszeitraum

Ist er/sie nicht erwerbsfähig und besitzt einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen G?
(Bitte Ausweis vorlegen!) ja nein

V. Sonstiges

Wurden bereits früher Leistungen nach dem SGB II bezogen? ja nein

Wenn ja, zuletzt vom Jobcenter

Standort	bis (Monat/Jahr)
----------	------------------

Wurden Ihre Leistungen aufgrund einer Pflichtverletzung bzw. eines Meldeversäumnisses gemindert? ja nein

Haben Sie bislang Leistungen nach dem SGB II bezogen und läuft bei Ihnen noch eine Karenzzeit? ja nein

Wann hat die aktuelle Karenzzeit begonnen?

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Künftige Änderungen in den Verhältnissen sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum	Unterschrift der unter I. genannten Person
------------	--

Ort, Datum	Unterschrift gesetzlicher Vertreter (falls Antragsteller minderjährig)
------------	--