

## Zusatzblatt weitere Personen im Haushalt

### Antragsteller/in

Name, Vorname	Name, Vorname
---------------	---------------

Name, ggf. Geburtsname <small>(der weiteren Person/en im Haushalt)</small>		
Vorname/n <small>(Rufname unterstreichen)</small>		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum		
Geburtsort / Kreis / Land		
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller		
Familienstand		
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Besteht eine Unterhaltsregelung? <small>(nur auszufüllen falls getrennt lebend oder geschieden bzw. bei Kindesunterhalt, Nachweise beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt wurde beauftragt: <small>(mit Anschrift)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt wurde beauftragt: <small>(mit Anschrift)</small>
Staatsangehörigkeit <small>(bei ausländischen Staatangehörigen aufenthaltsrechtlichen Status nachweisen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit		
Rentenversicherungsnummer <small>(nur bei über 15jährige Personen erforderlich)</small>	<input type="checkbox"/> ja, _____ <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> RV-Nummer wurde beantragt	<input type="checkbox"/> ja, _____ <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> RV-Nummer wurde beantragt
Sind Sie erwerbsfähig? <small>(betrifft nur gesundheitliche Einschränkungen - falls eingeschränkt oder nein, Nachweise und Begründung beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)
Auszubildender - auch Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als
Sind Sie in einer stationären Einrichtung untergebracht oder ist dies geplant? <small>(Nachweise beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit/ab:                      bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit/ab:                      bis
Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? <small>(Nachweise beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist eine Schwerbehinderung festgestellt? <small>(Nachweis beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,                      Grad	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,                      Grad
Sind Sie <u>gesetzlich</u> kranken- und pflegeversichert versichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert
Sind Sie <u>privat</u> kranken- und pflegeversichert versichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <small>(bitte das Zusatzblatt „Private Kranken-, Pflege- u. Rentenversicherung“ ausfüllen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <small>(bitte das Zusatzblatt „Private Kranken-, Pflege- u. Rentenversicherung“ ausfüllen)</small>
Name der Krankenkasse		
Mitgliedsnummer		

### Vermögensverhältnisse der weiteren Personen der Bedarfsgemeinschaft

Nur sofern erhebliches Vermögen vorhanden ist. Erheblich ist Vermögen über 40.000 € (für den Antragsteller) sowie über 15.000 € (für jede weitere Person in der Bedarfsgemeinschaft). Hierzu gehören nur Vermögenswerte die sofort verwertbar sind (z.B. Barmittel, Sparguthaben, sonstige für die aktuellen Lebensunterhaltssicherung verfügbare geldwerte Mittel). Ein selbstgenutztes Wohneigentum ist im Regelfall hiervon nicht umfasst.

<b>Person:</b>	(Name, Vorname)	(Name, Vorname)
Ich/Wir besitze erhebliche Vermögenswerte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (falls ja, bitte Zusatzblatt Vermögen ausfüllen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (falls ja, bitte Zusatzblatt Vermögen ausfüllen)

## Einkommensverhältnisse der Bedarfsgemeinschaft

(hierzu zählen sämtliche Einkünfte in Geld oder Geldeswert, z. B. Arbeitseinkünfte, Leistungen der Agentur für Arbeit, Rente, Unterhalt, Unterhaltsvorschussleistungen, Kindergeld, Kinderzuschlag)

<b>Person:</b>	Name, Vorname	Name, Vorname
Erwerbseinkünfte Arbeitseinkommen (netto) Fahrtkosten zur Arbeitsstätte einfache Entfernung bei Nutzung KFZ Preis Monatsfahrkarte ÖPNV Beitrag zu Berufsverbänden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Zusatzblatt Selbständige ausfüllen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Zusatzblatt Selbständige ausfüllen)
Arbeitslosengeld I Betrag (täglich) Kunden-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Kindergeld / Kinderzuschlag Betrag Kindergeldnummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Leistungen aus der deutschen Rentenversicherung Leistungsart Betrag Versichertennummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____
Leistungen von einem ausländischen Rententräger Leistungsart Betrag Rententräger und Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____
Unterhalt Betrag Unterhaltspflichtige/r	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Unterhaltsvorschuss Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Leistungen der Krankenkasse Leistungsart Betrag (werk-/ kalendertäglich) Versichertennummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____
Elterngeld Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Sonstige Einkünfte (z. B. Wohngeld) Einkunftsart Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Sonstige vom Einkommen absetzbare Beträge (werden nur anerkannt, wenn sie nach Grund und Höhe angemessen sind)	_____ _____ _____	_____ _____ _____

**Ich / Wir habe/n  keine  folgende Sozialleistungen beantragt:**

Beantragte Leistung (Art der Leistung, z.B. Arbeitslosengeld I)		
Antrag gestellt am		
Zahlungspflichtiger (Rententräger, Agentur für Arbeit etc.)		

**Zu allen Angaben auf dieser Seite sind sobald möglich Nachweise und die Kontoauszüge der letzten 3 Monate beifügen**