

Eingangsstempel:

Zur Feststellung des Umfangs der Hilfebedürftigkeit bei Vorliegen einer Haushaltsgemeinschaft

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Persönliche Daten
1.1. Allgemeines

Anrede	Vorname	
Familiename		Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsdatum		Geburtsort
Nummer der Bedarfsgemeinschaft und/oder Aktenzeichen		

Wenn Sie mit Verwandten oder Verschwägerten (z.B. Eltern- Großeltern-, Stiefeltern, Geschwistern, Onkel, Tante) in einem Haushalt leben, ist diese Anlage für jedes Mitglied der Bedarfsgemeinschaft separat auszufüllen.

1.2. Person in meiner Bedarfsgemeinschaft, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen
1.2.1. Persönliche Daten

Anrede	Vorname	
Familiename		Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsdatum		Geburtsort

1.2.2. Leistungen

Die Person **erhält keine Leistungen** (z.B. unentgeltliche Unterkunft, freie Nutzung von Telefon, Taschengeld) **von Verwandten oder Verschwägerten**, die mit ihr eine Haushaltsgemeinschaft bilden.
 ➤ Sofern die Person keine Leistungen von Verwandten oder Verschwägerten erhält, sind nur noch Angaben zu Frage 4 erforderlich.

Die Person **erhält Leistungen** (z.B. unentgeltliche Unterkunft, freie Nutzung von Telefon, Taschengeld) **von Verwandten oder Verschwägerten**, die mit ihr eine Haushaltsgemeinschaft bilden.

2. Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft, die nicht zur Bedarfsgemeinschaft gehören und mit der in Abschnitt 1.2.1 genannten Person verwandt oder verschwägert sind

Vorname	Familiename
Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

Vorname	Familienname
Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
Vorname	Familienname
Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

3. Umfang der Leistungen von Verwandten oder Verschwägerten

Bitte geben Sie an, in welchen zeitlichen Abständen (Leistungs-/Zahlungsrhythmus, z.B. monatlich, ¼-jährlich, ½-jährlich) und in welcher Höhe die Leistungen erbracht wurden.

<input type="checkbox"/> Geld	
Höhe der Leistung in Euro	Zahlungsrhythmus
<input type="checkbox"/> Unentgeltliche Unterkunft	
<input type="checkbox"/> weitere Leistungen	
Art der Leistung	Leistungsrhythmus
Bitte geben Sie an, um welche weiteren Zuwendungen es sich handelt (z.B. Kleidung) und ob Sie diese regelmäßig (in welchen Abständen?) erhalten. Bagatellzuwendungen (z.B. Kinobesuch) müssen Sie nicht angeben.	

4. Angaben zu den Kosten der Unterkunft bei Zahlung an Verwandte oder Verschwägte

<input type="checkbox"/> Die/Der Verwandte/Verschwägte ist nicht Eigentümer/in oder Mieter/in der Wohnung, in der die Bedarfsgemeinschaft lebt.
<input type="checkbox"/> Die/Der Verwandte/Verschwägte ist Eigentümer/in oder Mieter/in der Wohnung, in der die Bedarfsgemeinschaft lebt. <input type="checkbox"/> Ich beteilige mich bzw. die Person in meiner Bedarfsgemeinschaft beteiligt sich an den Kosten der Unterkunft. Monatliche Höhe der Zahlung in Euro
Monatliche Höhe der Gesamtzahlung, die für die gesamte Unterkunft anfällt, in Euro (soweit bekannt)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bitte die Anlage KdU ausfüllen. ➤ Wenn eine Pauschale für Unterkunft und Verpflegung gezahlt wird, beziffern Sie bitte nur den jeweiligen Anteil für die Unterkunft. ➤ Bitte informieren Sie die Verwandten oder Verschwägerten, dass Mieteinnahmen grundsätzlich zu versteuerndes Einkommen sind, das beim Finanzamt im Rahmen der Steuererklärung anzugeben ist.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe Merkblatt SGB II). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60-65 SGB I und der §§ 67a, b, c SGB X für die Leistungen nach dem SGB II erhoben.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.	
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in
Ort, Datum	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters minderjähriger Antragsteller/innen

Nur auszufüllen bei vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen:
Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiter/innen des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in
Ort, Datum	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters minderjähriger Antragsteller/innen