

# Anlage

zur Überprüfung, ob eine Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft („eheähnliche Gemeinschaft“) vorliegt (zu Abschnitt 2.2 des Hauptantrags)



Zutreffendes bitte ankreuzen



Weitere Informationen finden Sie in den Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter [www.proarbeit-kreis-of.de](http://www.proarbeit-kreis-of.de).

## 1. Persönliche Daten

### 1.1 Meine persönlichen Daten

Anrede	Vorname	
Familiennamen		Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)		

### 1.2 Daten der sonstigen nicht verwandten Person, die in meinem Haushalt lebt

Anrede	Vorname	
Familiennamen		Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Die Person ist meine Partnerin/mein Partner.		

## 2. Vermutung einer Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft

<input type="checkbox"/> Ich lebe länger als ein Jahr mit der oben genannten Person in einem gemeinsamen Haushalt.
<input type="checkbox"/> Ich lebe mit der oben genannten Person und mindestens einem gemeinsamen Kind zusammen.
<input type="checkbox"/> Ich und die oben genannte Person versorgen gemeinsam mindestens ein Kind oder eine Angehörige/einen Angehörigen im Haushalt.
<input type="checkbox"/> Ich bin befugt, über das Einkommen oder das Vermögen der oben genannten Person zu verfügen.
<b>► Sofern eine der vorgenannten Aussagen auf Sie zutrifft, wird vermutet, dass Sie mit der oben genannten Person in einer Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft leben.</b>

## 3. Gründe gegen eine Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft

Gründe, weshalb ich – nach meiner Einschätzung – mit der oben genannten Person keine Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft bilde:

► Sofern Sie für Ihre Angaben mehr Platz benötigen, als im Formular vorgesehen ist, verwenden Sie bitte die Rückseite. Die Gründe sind nachzuweisen und zu belegen.

--

Die 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 SGB II erhoben.

**Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.**

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--



# VE



Eingangsstempel