

# Anlage

zur Feststellung des Umfangs der Hilfebedürftigkeit bei Vorliegen einer Haushaltsgemeinschaft  
(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
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	

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
Familienname	Geburtsdatum

#### 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	Familienname
Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis/Schwägerschaft
Vorname	Familienname
Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis/Schwägerschaft
Vorname	Familienname
Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis/Schwägerschaft



# HG



Eingangsstempel

### 3. Umfang der Leistungen von Verwandten oder Verschwägerten

► Bitte geben Sie an, in welchen zeitlichen Abständen (Leistungs-/Zahlungsrhythmus, z. B. monatlich, 1/4-jährlich, 1/2-jährlich, jährlich) und in welcher Höhe die Leistungen erbracht werden.

<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 Zahlungen an Verwandte oder Verschwä- gerte

<input type="checkbox"/> Die/Der Verwandte/Verschwä gerte ist <b>nicht</b> Eigentümerin bzw. Eigentümer oder Mieterin bzw. Mieter der Wohnung, in der die Bedarfsgemeinschaft lebt.	
<input type="checkbox"/> Die/Der Verwandte/Verschwä gerte ist Eigentümerin bzw. Eigentümer oder Mieterin bzw. Mieter der Wohnung, in der die Bedarfsgemeinschaft lebt.	
<input type="checkbox"/> Ich bzw. die Person in meiner Bedarfsgemeinschaft beteilige mich/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 (so- weit bekannt)	
► Bitte füllen Sie die <b>Anlage KDU</b> aus.	
► Wenn eine Pauschale für Unterkunft und Verpflegung gezahlt wird, beziffern Sie bitte nur den jeweiligen Anteil für die Unterkunft.	
► <b>Bitte informieren Sie die Verwandten oder Verschwä gerten, dass Mieteinnahmen grundsätzlich zu versteuerndes Einkommen sind, das beim Finanzamt im Rahmen der Steuererklärung anzugeben ist.</b>	

Anlage KDU

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.

Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft mit der Rückforderung der zu viel gezahlten Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus.

Beachten Sie bitte, dass das Jobcenter im Wege des automatisierten Datenabgleichs Auskünfte bei Dritten, z. B. über Beschäftigungszeiten, Kapitalerträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder Ihrer Bedarfs- gemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten.

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

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

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

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