



Zutreffendes bitte ankreuzen!



Weitere Informationen finden Sie in den Ausfüllhinweisen!

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe „Merkblatt SGB II“). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c SGB X für die Leistungen nach dem SGB II erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter [www.stuttgart.de/datenschutz/jobcenter-datenschutzinformationen.php](http://www.stuttgart.de/datenschutz/jobcenter-datenschutzinformationen.php).

Die Ausfüllhinweise und weitere Anlagen finden Sie auch im Internet unter [www.stuttgart.de](http://www.stuttgart.de) oder [www.jobcenter.digital](http://www.jobcenter.digital).

## Anlage

### für ein Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

#### 1 Persönliche Daten der antragstellenden Person

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Aktenzeichen (falls vorhanden)	

#### 2 Persönliche Daten des in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Kindes ⑤

Familienname	Vorname
Geburtsname (falls abweichend)	Geschlecht
Geburtsdatum	Geburtsort
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer ①	Kundennummer der Agentur für Arbeit
Steueridentifikationsnummer	Nummer aus dem Ausländerzentralregister (AZR-Nr.) - soweit bekannt ②

#### 3 Persönliche Angaben

Ich bin mit dem Kind verwandt.  ja  nein  
 Meine Partnerin/Mein Partner ist mit dem Kind verwandt.  ja  nein  
 Verwandtschaftsverhältnis

---

Mein Kind lebt regelmäßig wechselseitig in meinem Haushalt und im Haushalt des anderen Elternteils. ⑤a  ja  nein

Für das Kind wurden innerhalb der letzten drei Jahre bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder bezogen.  ja  nein  
 Name des anderen Jobcenters

---

► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise (z. B. Bescheide) vor.

Das Kind ist **Berechtigte/Berechtigter** nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ⑩  ja  nein  
 ► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge - BAMF).

KI

#### Bearbeitungsvermerke

Wird vom Jobcenter ausgefüllt.

Antragstellerin/Antragsteller hat sich ausgewiesen durch

- Bundespersonalausweis  
 Pass  
 Aufenthaltstitel  
 sonstiges Ausweispapier gültig bis

AZR-Nr.

Handzeichen, Datum

Das Kind ist <b>Schülerin/Schüler</b> .	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind wurde eingeschult oder wird voraussichtlich eingeschult am	
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis über den Einschulungstermin vor.	
Es wurden für das Kind bereits Leistungen für persönliche Schulbedarfe des aktuellen Schuljahrs bei einer anderen Stelle beantragt oder von dieser geleistet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.	
Das Kind befindet sich derzeit oder demnächst in einer <b>stationären Einrichtung</b> (z. B. in einem Krankenhaus). <sup>12</sup>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dauer der Unterbringung von - bis	Art der stationären Einrichtung
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.	

#### 4 Ansprüche gegenüber Dritten

<input type="checkbox"/> Ein Elternteil dieses Kindes lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft
▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage UH3</b> aus.
<input type="checkbox"/> Das Kind hat einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (z. B. Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung).
▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage UF</b> aus.
<input type="checkbox"/> Für das Kind wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder Auslandsvertretung abgegeben. <sup>25</sup>
▶ Bitte legen Sie hierzu geeignete Unterlagen vor (z. B. Kopie der Verpflichtungserklärung).

#### 5 Prüfung eines Mehrbedarfs

▶ Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

<input type="checkbox"/> Das Kind benötigt aus medizinischen Gründen eine <b>kostenaufwändige Ernährung</b> . <sup>15</sup>
▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage MEB</b> aus.
<input type="checkbox"/> Das Kind ist <b>schwanger</b> . <sup>13</sup>
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht. ▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage UH2</b> aus.
<input type="checkbox"/> Das Kind hat regelmäßig einen <b>unabweisbaren, besonderen Bedarf</b> <sup>18</sup> auf Grund eines besonderen Lebensumstands.
▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage BB</b> aus.
<input type="checkbox"/> Das Kind ist Schülerin/Schüler und hat Kosten für Schulbücher/Arbeitshefte. <sup>18a</sup>
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

Anlage MEB

Anlage UH2

Anlage BB

#### 6 Kranken- und Pflegeversicherung <sup>26</sup>

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage SV** aus, wenn das Kind privat oder in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung freiwillig versichert ist.

▶ Bitte füllen Sie den folgenden Abschnitt nur aus, wenn **das Kind bereits das 14. Lebensjahr vollendet hat** und legen Sie einen entsprechenden Nachweis über die Kranken- und Pflegeversicherung vor. Alternativ können Sie auch die gültige elektronische Gesundheitskarte des Kindes vorlegen, diese wird nicht zur Akte genommen.

<input type="checkbox"/> Das Kind ist oder war zuletzt in der <b>gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung</b>
<input type="checkbox"/> <b>familienversichert</b> . <sup>27</sup>
<input type="checkbox"/> <b>pflichtversichert</b> (z. B. durch den Bezug einer Hinterbliebenenrente).

<input type="checkbox"/> Das Kind ist in Zukunft pflichtversichert bei	
<input type="checkbox"/> der bisherigen Krankenkasse.	
<input type="checkbox"/> einer anderen Krankenkasse	
Name der Krankenkasse	
Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)

Beachten Sie bitte, dass dieser Antrag in der Regel auf den Ersten des Monats zurückwirkt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II) und Sie somit alle leistungsrelevanten Tatsachen - insbesondere zum Zufluss von Einkommen - für den kompletten Monat (auch für die Zeit ab dem Ersten des Monats) angeben müssen.

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, Kapitalverträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft 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
Ort, Datum	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/ Vertreter minderjähriger Antragstellerinnen/ Antragsteller

**bei Betreuten:**

Ort, Datum	Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers
------------	-------------------------------------------

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeitenden des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen bei den Ziffern:

Ort, Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
Ort, Datum	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/ Vertreter minderjähriger Antragstellerinnen/ Antragsteller

**Aus Gründen der Lesbarkeit wurden in diesem Antrag Bezeichnungen wie z. B. „Partnerin/Partner“ für alle Geschlechter verwendet.**