

# Ergänzung zum Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)



## Angaben zu weiteren Personen, die mit Ihnen im Haushalt leben

Bitte füllen Sie die folgenden Angaben vollständig für alle in Ihrem Haushalt lebenden Personen aus.

**Denken Sie daran entsprechende Nachweise, z.B. Mutterpass, Behindertenausweis, Bescheinigung vom Arzt oder ähnliches beizufügen! Geben Sie bitte bei allen im Haushalt lebenden Personen die Krankenkasse an!**

<b>7</b>	Name: _____ Geburtsdatum: _____ Vorname: _____ Familienstand: _____ Ggf. Geburtsname: _____ Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____	<b>Besondere Belastungen:</b> <input type="checkbox"/> Schwangerschaft: _____ <input type="checkbox"/> Diät: _____ <input type="checkbox"/> Behinderung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<b>Stellung zum / zur Antragsteller/in:</b> (Ehemann/-frau, Partner/in, Tochter, Sohn, Schwester, Tante,...) _____		
Haben Sie bereits eine Kundennummer bei der Bundesagentur für Arbeit? Wenn ja, bitte angeben: _____		
<b>Rentenversicherungsnummer:</b> _____		Rentenversicherungsträger: <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> knappschaftlich versichert
<b>Krankenversicherungsart:</b> <input type="checkbox"/> gesetzlich → wenn gesetzlich: <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert → wenn familienversichert: Über wen? (Name, Vorname): _____		
Name und Sitz der Krankenkasse: _____		Krankenversichertennummer: _____
<b>Oder andere Versicherungsart:</b> <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> nicht versichert		<b>Bitte alle Angaben durch Belege nachweisen!</b>

  

<b>8</b>	Name: _____ Geburtsdatum: _____ Vorname: _____ Familienstand: _____ Ggf. Geburtsname: _____ Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____	<b>Besondere Belastungen:</b> <input type="checkbox"/> Schwangerschaft: _____ <input type="checkbox"/> Diät: _____ <input type="checkbox"/> Behinderung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<b>Stellung zum / zur Antragsteller/in:</b> (Ehemann/-frau, Partner/in, Tochter, Sohn, Schwester, Tante,...) _____		
Haben Sie bereits eine Kundennummer bei der Bundesagentur für Arbeit? Wenn ja, bitte angeben: _____		
<b>Rentenversicherungsnummer:</b> _____		Rentenversicherungsträger: <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> knappschaftlich versichert
<b>Krankenversicherungsart:</b> <input type="checkbox"/> gesetzlich → wenn gesetzlich: <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert → wenn familienversichert: Über wen? (Name, Vorname): _____		
Name und Sitz der Krankenkasse: _____		Krankenversichertennummer: _____
<b>Oder andere Versicherungsart:</b> <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> nicht versichert		<b>Bitte alle Angaben durch Belege nachweisen!</b>

  

<b>9</b>	Name: _____ Geburtsdatum: _____ Vorname: _____ Familienstand: _____ Ggf. Geburtsname: _____ Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____	<b>Besondere Belastungen:</b> <input type="checkbox"/> Schwangerschaft: _____ <input type="checkbox"/> Diät: _____ <input type="checkbox"/> Behinderung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<b>Stellung zum / zur Antragsteller/in:</b> (Ehemann/-frau, Partner/in, Tochter, Sohn, Schwester, Tante,...) _____		
Haben Sie bereits eine Kundennummer bei der Bundesagentur für Arbeit? Wenn ja, bitte angeben: _____		
<b>Rentenversicherungsnummer:</b> _____		Rentenversicherungsträger: <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> knappschaftlich versichert
<b>Krankenversicherungsart:</b> <input type="checkbox"/> gesetzlich → wenn gesetzlich: <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert → wenn familienversichert: Über wen? (Name, Vorname): _____		
Name und Sitz der Krankenkasse: _____		Krankenversichertennummer: _____
<b>Oder andere Versicherungsart:</b> <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> nicht versichert		<b>Bitte alle Angaben durch Belege nachweisen!</b>

<b>10</b>	Name: _____ Geburtsdatum: _____	<b>Besondere Belastungen:</b> <input type="checkbox"/> Schwangerschaft: _____ <input type="checkbox"/> Diät: _____ <input type="checkbox"/> Behinderung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
	Vorname: _____ Familienstand: _____	
	Ggf. Geburtsname: _____	
	Geburtsort: _____	
	Staatsangehörigkeit: _____	
Stellung zum / zur Antragsteller/in: (Ehemann/-frau, Partner/in, Tochter, Sohn, Schwester, Tante,...)		
Haben Sie bereits eine Kundennummer bei der Bundesagentur für Arbeit? Wenn ja, bitte angeben: _____		
Rentenversicherungsnummer: _____		Rentenversicherungsträger: <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> knappschaftlich versichert
Krankenversicherungsart: <input type="checkbox"/> gesetzlich → wenn gesetzlich: <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert → wenn familienversichert: Über wen? (Name, Vorname): _____		
Name und Sitz der Krankenkasse: _____		Krankenversicherternummer: _____
Oder andere Versicherungsart: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> nicht versichert		<b>Bitte alle Angaben durch Belege nachweisen!</b>

<b>11</b>	Name: _____ Geburtsdatum: _____	<b>Besondere Belastungen:</b> <input type="checkbox"/> Schwangerschaft: _____ <input type="checkbox"/> Diät: _____ <input type="checkbox"/> Behinderung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
	Vorname: _____ Familienstand: _____	
	Ggf. Geburtsname: _____	
	Geburtsort: _____	
	Staatsangehörigkeit: _____	
Stellung zum / zur Antragsteller/in: (Ehemann/-frau, Partner/in, Tochter, Sohn, Schwester, Tante,...)		
Haben Sie bereits eine Kundennummer bei der Bundesagentur für Arbeit? Wenn ja, bitte angeben: _____		
Rentenversicherungsnummer: _____		Rentenversicherungsträger: <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> knappschaftlich versichert
Krankenversicherungsart: <input type="checkbox"/> gesetzlich → wenn gesetzlich: <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert → wenn familienversichert: Über wen? (Name, Vorname): _____		
Name und Sitz der Krankenkasse: _____		Krankenversicherternummer: _____
Oder andere Versicherungsart: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> nicht versichert		<b>Bitte alle Angaben durch Belege nachweisen!</b>

**Unterschriften:**

**Bitte lassen Sie alle Haushaltsmitglieder, die 15 Jahre und älter sind, unterschreiben:**

Ich versichere, dass die mich betreffenden Angaben richtig sind.

Hiermit bevollmächtige ich zudem die Antragstellerin / den Antragsteller zur Vertretung in sämtlichen Angelegenheiten, die im Zusammenhang mit der Gewährung von Leistungen zur Sicherstellung des Lebensunterhalts nach dem SGB II stehen, insbesondere zur Beantragung von Leistungen, zum Empfang sämtlicher Bescheide und Mitteilungen (u.a. Bescheide über die Gewährung, darlehensweise Gewährung, Sanktionierung, Aufhebung und Erstattung von Leistungen sowie Aufforderungen zur Senkung der Unterkunftskosten) sowie zum Empfang der Leistungen. Insoweit bleibt der Vollmachtgeber aber weiterhin empfangsbefugt.

Die Vollmacht erfasst nicht die Angelegenheiten, die im Zusammenhang mit der Eingliederung der erwerbsfähigen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft in Arbeit stehen, z.B. den Abschluss einer Eingliederungsvereinbarung oder von Eingliederungsleistungen nach § 16 SGB II. Jedoch ist der Bevollmächtigte ermächtigt, Bescheide und sonstige Schriftstücke, sowie Geldleistungen die im Zusammenhang mit der Eingliederung der erwerbsfähigen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft in Arbeit stehen, zu empfangen. Insoweit bleibt der Vollmachtgeber aber weiterhin empfangsbefugt.

Ort, Datum	Unterschrift	Ort, Datum	Unterschrift
Ort, Datum	Unterschrift	Ort, Datum	Unterschrift
Ort, Datum	Unterschrift		

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder bei der Antragsannahme beim zuständigen Träger vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen bei den Fragen.	
Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers
	Handzeichen Sachbearbeiter