

# Anlage

für ein Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft



Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.



Reichen Sie bitte grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Kopien ein.



Beim Ausfüllen helfen Ihnen unsere Erklärvideos. Informationen zu unseren digitalen Angeboten, das Merkblatt SGB II und weitere Anlagen zum Antrag erhalten Sie unter [www.jobcenter.digital](http://www.jobcenter.digital).



Weitere Informationen finden Sie zu der jeweiligen Nummer in den Ausfüllhinweisen unter [www.arbeitsagentur.de/hinweise-sgb2](http://www.arbeitsagentur.de/hinweise-sgb2).

Die nachstehenden 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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter [www.arbeitsagentur.de/datenerhebung](http://www.arbeitsagentur.de/datenerhebung).

## 1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	Kundennummer (falls vorhanden)

## 2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf das folgende Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft 4

Familienname	Vorname
Geburtsname (sofern abweichend)	Geburtsdatum
Geburtsort	Geburtsland
Geschlecht	Staatsangehörigkeit
<p>► Bitte tragen Sie hier das Datum der Einreise nach Deutschland ein, sofern das Kind keine deutsche Staatsangehörigkeit hat.</p>	
Einreisedatum	
Rentenversicherungsnummer <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">1</span>	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt.

## 3. Persönliche Angaben

<input type="checkbox"/> Ich bin mit dem Kind verwandt.
<input type="checkbox"/> Meine Partnerin/mein Partner ist mit dem Kind verwandt.
Verwandtschaftsverhältnis
<input type="checkbox"/> Das Kind lebt regelmäßig wechselseitig in meinem Haushalt und im Haushalt des anderen Elternteils. <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">30</span>



2

# KI

Bearbeitungsvermerke  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Kundennummer des Kindes

Das Kind hat sich ausgewiesen durch

- Geburtsurkunde
- Kinderreisepass
- sonstiges Ausweispapier (zum Beispiel Kinderausweis, elektronischer Aufenthaltstitel):

Gültig bis

AZR-Nummer des Kindes

Personenkennnummer des Kindes  
(bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)

Daten in STEP geprüft am

Handzeichen, Datum

Für das Kind wurden innerhalb der letzten drei Jahre bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen.  Ja  Nein

Name des anderen Jobcenters

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Bescheide) vor.

Das Kind ist **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**. 9  Ja  Nein

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)) vor.

Das Kind ist **Schülerin/Schüler**.  Ja  Nein

Das Kind wurde eingeschult oder wird voraussichtlich eingeschult am \_\_\_\_\_.

► Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis über den Einschulungstermin vor.

Es wurden für das Kind bereits Leistungen für persönliche Schulbedarfe des aktuellen Schuljahres bei einer anderen Stelle beantragt oder von dieser geleistet.  Ja  Nein

► Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise vor.

Das Kind befindet sich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (zum Beispiel in einem Krankenhaus). 11  Ja  Nein

Dauer der Unterbringung von - bis

Art der stationären Einrichtung

► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und die Dauer vor.

#### 4. Ansprüche gegenüber Dritten

Ein Elternteil des Kindes lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH3** aus.

Das Kind hat einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (zum Beispiel Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung).

► Bitte füllen Sie die **Anlage UF** aus.

Für das Kind wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben. 25  Ja  Nein

► Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor.

#### 5. Prüfung eines Mehrbedarfs

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

Das Kind benötigt aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**. 14

► Bitte füllen Sie die **Anlage MEB** aus.

Das Kind ist **schwanger**. 12

► Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH2** aus.

Das Kind hat einen **unabweisbaren besonderen Bedarf** auf Grund eines besonderen Lebensumstandes. 17

► Bitte füllen Sie die **Anlage BB** aus.

Das Kind ist **Schülerin/Schüler** und es fallen Kosten für **Schulbücher/Arbeitshefte** an. 18

► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

**6. Kranken- und Pflegeversicherung** 26 27

- ▶ 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**. Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Versicherung des Kindes vor (zum Beispiel die gültige elektronische Gesundheitskarte des Kindes). Dieser Nachweis wird nicht zur Akte genommen.

Das Kind ist oder war zuletzt in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung**

- familienversichert.**
- pflichtversichert** (zum Beispiel durch den Bezug einer Hinterbliebenenrente).

Das Kind ist in Zukunft pflichtversichert bei

- der bisherigen Krankenkasse.
- einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)

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

Ort/Datum

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

**Bearbeitungsvermerke (nur vom Jobcenter auszufüllen)**

- In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Kundin/des Kunden \_\_\_\_\_

- Sonstige Anmerkungen des Jobcenters:

# Anexo KI

für ein Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

Recuerda que en la Oficina Precaria hablamos en femenino inclusivo, quiere decir que el género femenino incluye a todas las personas.

**ESTE ES UN DOCUMENTO DE REFERENCIA SIN NINGÚN TIPO DE VALIDEZ.  
UTILIZA LOS DOCUMENTOS ORIGINALES EN ALEMÁN PARA LLEVAR A CABO  
LOS TRÁMITES OFICIALES**

Este formulario se rellena uno por cada niña que viva contigo. Escribe con mayúsculas y letra clara. La columna de la derecha no se rellena.

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter

## 1. Datos personales de la solicitante

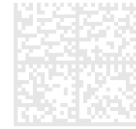
Herr/Frau	Nombre de pila
Apellidos	Fecha de nacimiento
Número de la unidad doméstica: (si lo tienes)	Número de cliente: (si lo tienes)

## 2. La información en este anexo se refieren a la siguiente niña menor de 15 años en la unidad doméstica

Nombre(s)	Apellidos
Apellido de soltera (si es diferente)	Sexo
Ciudad de nacimiento	Fecha de nacimiento
País de nacimiento	Nacionalidad
Número de la seguridad	<input type="checkbox"/> Aún no se tiene el número de la seguridad social

## 3. Información personal

<input type="checkbox"/> Soy familiar de la niña.	
<input type="checkbox"/> Mi pareja es familiar de la niña.	
Parentesco	
Ya se solicitaron, o recibieron, ayudas sociales para la niña en otro Jobcenter para el mes de la solicitud.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
▶ En caso afirmativo, presenta los comprobantes correspondientes.	
La niña tiene derecho a las prestaciones según la ley de asilo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
▶ Presenta los comprobantes correspondientes.	
La niña es estudiante.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La niña fue o se espera que sea (re)inscrito en la escuela en (fecha) am	
▶ Presenta los comprobantes de la cita para la (re)inscripción.	



Bearbeitungsvermerke  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Kundennummer des Kindes

Das Kind hat sich ausgewiesen durch

- Geburtsurkunde
- Kinderreisepass
- sonstiges Ausweispapier (z. B. Kinderausweis, elektronischer Aufenthaltstitel):

ggf. gültig bis

AZR-Nummer des Kindes

Personenkennnummer des Kindes  
(bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)

Los beneficios para las necesidades escolares personales del año escolar en curso para la niña ya se solicitaron o ya se pagaron por otra institución.  Sí  No

► En caso afirmativo, presenta los comprobantes correspondientes.

La niña se encuentra o pronto estará internada-o en un centro (por ejemplo, hospital).  Sí  No

Duración del alojamiento (de - hasta)

Tipo del centro de internamiento

► En caso afirmativo, presenta un certificado válido de la residencia y duración.

#### 4. Reclamaciones contra terceros

Uno de los progenitores de esta niña vive fuera de la unidad doméstica.

► Rellena el Anexo UH3.

La niña ha sufrido daños en su salud causados por un tercero (por ejemplo, un accidente de tráfico, de juego o por deporte, un error en el tratamiento médico o una lesión física).

► Rellena el Anexo UF.

Se ha hecho una declaración de compromiso de la niña ante la autoridad de extranjería o la representación extranjera.

► Presenta la documentación apropiada (por ejemplo, copia de la declaración de compromiso).

#### 5. Prueba de necesidades adicionales

► Esta información es voluntaria y es necesaria solo si quieres solicitar prestaciones adicionales.

La niña necesita alimentación especial por razones médicas.

► Rellena el Anexo MEB.

La niña está embarazada.

► Por favor presenta un comprobante de la fecha estimada para el nacimiento.

La niña tiene regularmente una necesidad especial indemostrable, continua, no sólo única debido a una circunstancia especial de la vida.

► Rellena el Anexo BB.

#### 6. Seguro médico y de invalidez

► Rellena el Anexo SV si la niña está asegurada-o de forma voluntaria con un seguro privado o público.

► Rellena el siguiente punto solo si la niña ya tiene los 14 años cumplidos y presenta los comprobantes correspondientes del seguro médico y de invalidez. Como alternativa puedes también presentar la tarjeta del seguro o la tarjeta electrónica de salud de la niña.

La niña está asegurada-o en el seguro médico y de invalidez público de la familia y en el futuro será asegurada-o obligatoriamente con:

el mismo seguro de hasta ahora

otro seguro

Nombre del seguro

La niña está o estaba asegurada-o de obligatoriamente por última vez en el seguro médico y de invalidez público (por ejemplo, mediante el cobro de una pensión de orfandad).

Nombre del seguro

Número de seguro (si se conoce)

Confirmando que la información es correcta.

Lugar/Fecha

Firma de la solicitante (o de la tutora si es menor de edad)

Bearbeitungsvermerke  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage UH3

Anlage UF

Anlage MEB

Anlage BB

Anlage SV

In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden