

# Anlage

für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft  
– Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte die Anlage KI aus –



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 folgende weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft <sup>4</sup>

### 2.1 Persönliche Daten der weiteren Person

Familienname	Vorname
Geburtsname (sofern abweichend)	Geburtsdatum
Geburtsort	Geburtsland
Geschlecht	Staatsangehörigkeit
<p>► Bitte tragen Sie hier das Datum der Einreise nach Deutschland ein, sofern die weitere Person keine deutsche Staatsangehörigkeit hat.</p>	
Einreisedatum	
Rentenversicherungsnummer <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt.

### 2.2 Familienstand der weiteren Person

- ledig    verheiratet    verwitwet    eingetragene Lebenspartnerschaft
- dauernd getrennt lebend seit: \_\_\_\_\_
- geschieden seit: \_\_\_\_\_
- aufgehobene Lebenspartnerschaft seit: \_\_\_\_\_



# WEP

Bearbeitungsvermerke  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Kundennummer der weiteren Person

Die weitere Person hat sich ausgewiesen durch:

- Personalausweis  
 Reisepass  
 Sonstiges Ausweispapier (zum Beispiel elektronischer Aufenthaltstitel):

Gültig bis

AZR-Nummer der weiteren Person

Personenkennnummer der weiteren Person (bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)

Daten in STEP geprüft am

Handzeichen, Datum

## 2.3 Persönliche Angaben zur weiteren Person

<input type="checkbox"/> Ich bin mit der <b>weiteren Person</b> verwandt.	
<input type="checkbox"/> Meine Partnerin/mein Partner ist mit der <b>weiteren Person</b> verwandt.	
Verwandtschaftsverhältnis	
<input type="checkbox"/> Die <b>weitere Person</b> lebt regelmäßig wechselseitig in meinem Haushalt und im Haushalt des anderen Elternteils. (30)	
▶ Diese Angabe ist nur für eine weitere Person zwischen 15 und 18 Jahren erforderlich.	
Die <b>weitere Person</b> hat oder für die weitere Person wurden innerhalb der letzten 3 Jahre bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name des anderen Jobcenters	
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Bescheide) vor.	
Die <b>weitere Person</b> fühlt sich <b>gesundheitlich</b> in der Lage, regelmäßig eine Tätigkeit von mindestens <b>drei Stunden täglich</b> auszuüben. (8)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die <b>weitere Person</b> ist <b>Berechtigte/Berechtigter</b> nach dem <b>Asylbewerberleistungsgesetz</b> . (9)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)) vor.	
Die <b>weitere Person</b> ist <b>Schülerin/Schüler, Studentin/Student</b> oder <b>Auszubildende/Auszubildender</b> . (10)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dauer der Schulausbildung von - bis	▶ Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (zum Beispiel Schulbescheinigung) vor.
Dauer des Studiums von - bis	▶ Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise (zum Beispiel Immatrikulationsbescheinigung) vor.
Dauer der Ausbildung von - bis	▶ Falls ja, legen Sie bitte den Ausbildungsvertrag vor.
<input type="checkbox"/> Während der Ausbildung ist die <b>weitere Person</b> in einem <b>Wohnheim, Internat, einer besonderen Einrichtung für Menschen mit Behinderung</b> oder beim <b>Ausbilder mit voller Verpflegung</b> oder <b>anderweitig mit Kostenerstattung</b> für Unterkunft und Verpflegung untergebracht. (10)	
▶ Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise vor.	
Die <b>weitere Person</b> befindet sich derzeit oder demnächst in einer <b>stationären Einrichtung</b> (zum Beispiel Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). (11)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.	

## 3. Prüfung eines Mehrbedarfs

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

<input type="checkbox"/> Die <b>weitere Person</b> ist <b>schwanger</b> . (12)	
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.	
<input type="checkbox"/> Die <b>weitere Person</b> benötigt aus medizinischen Gründen eine <b>kostenaufwändige Ernährung</b> . (14)	
▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage MEB</b> aus.	
<input type="checkbox"/> Die <b>weitere Person</b> hat eine <b>Behinderung</b> und erhält (15)	
<ul style="list-style-type: none"><li>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) <b>oder</b></li><li>sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes <b>oder</b></li><li>Eingliederungshilfen nach § 112 SGB IX.</li></ul>	
▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.	
<input type="checkbox"/> Die <b>weitere Person</b> ist <b>nicht erwerbsfähig</b> und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Absatz 5 SGB IX mit dem <b>Merkzeichen G oder aG</b> . (8) (16)	
▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis (zum Beispiel Schwerbehindertenausweis) vor.	
<input type="checkbox"/> Die <b>weitere Person</b> hat einen <b>unabweisbaren besonderen Bedarf</b> , den sie nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (zum Beispiel Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern). (17)	
▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage BB</b> aus.	
<input type="checkbox"/> Die <b>weitere Person</b> ist <b>Schülerin/Schüler</b> und es fallen Kosten für <b>Schulbücher/Arbeitshefte</b> an. (18)	
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.	



#### 4. Einkommen 19

- ▶ Zur Prüfung der Einkommensverhältnisse der weiteren Person füllen Sie bitte die **Anlage EK** aus.  
Bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit füllen Sie bitte **zusätzlich** die **Anlage EKS** aus.
- ▶ Bei einer Antragstellung ist grundsätzlich die Vorlage von **Kontoauszügen** erforderlich. 43  
Bitte legen Sie daher Kontoauszüge der letzten drei Monate vor.

#### 5. Vermögen 20

- ▶ Zur Prüfung der Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft füllen Sie bitte die **Anlage VM** aus.

#### 6. Lebenssituation der weiteren Person

##### 6.1 Vorrangige Leistungen 21

- ▶ Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf andere Leistungen oder gegenüber Dritten bestehen könnte.
- ▶ Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

##### In den letzten 5 Jahren 22

<input type="checkbox"/>	war die <b>weitere Person</b> beschäftigt.	
	von - bis	Arbeitgeber
		<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> Minijob
	von - bis	Arbeitgeber
		<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> Minijob
<input type="checkbox"/>	war die <b>weitere Person</b> <b>selbständig</b> tätig.	
	von - bis	Art der Tätigkeit
<input type="checkbox"/>	hat die <b>weitere Person</b> einen <b>Wehrdienst</b> oder <b>freiwilligen Dienst</b> geleistet (zum Beispiel Freiwilliges Soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst).	
<input type="checkbox"/>	hat die <b>weitere Person</b> <b>Angehörige gepflegt</b> (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch).	
<input type="checkbox"/>	hat die <b>weitere Person</b> <b>Entgeltersatzleistungen</b> erhalten (zum Beispiel Krankengeld, Arbeitslosengeld, Elterngeld, Übergangsgeld).	
	von - bis	Leistung
<input type="checkbox"/>	trifft keiner dieser Punkte auf die <b>weitere Person</b> zu. Die weitere Person hat ihren <b>Lebensunterhalt wie folgt bestritten</b> (zum Beispiel finanzielle Unterstützung durch Verwandte/Bekannte, Ersparnisse, Erbschaft):	

##### 6.2 Ansprüche gegenüber Dritten 23 24

<input type="checkbox"/>	Die <b>weitere Person</b> hat schon andere Leistungen <b>beantragt</b> oder <b>beabsichtigt, einen Antrag zu stellen</b> . Dazu zählen beispielsweise Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG), Berufsausbildungsbeihilfe (BAB), Wohngeld, Arbeitslosengeld, Renten (Alters-, Hinterbliebenen- und Grundrenten), Krankengeld, Kindergeld und Kinderzuschlag.	
	Leistungsart	Antragsdatum
	Sozialleistungsträger/Familienkasse	
	▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis vor.	
<input type="checkbox"/>	Die <b>weitere Person</b> erhebt Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (zum Beispiel bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (zum Beispiel bei noch ausstehenden Abfindungen).	
	Arbeitgeber	Anschrift
	Grund	
	▶ Bitte legen Sie einen geeigneten Nachweis vor (zum Beispiel Schriftwechsel mit der Rechtsanwältin/dem Rechtsanwalt oder dem Gericht).	
<input type="checkbox"/>	Die <b>weitere Person</b> lebt getrennt von ihrer Ehegattin/ihrem Ehegatten oder ihrer eingetragenen Lebenspartnerin/ihrem eingetragenen Lebenspartner.	
	▶ Bitte füllen Sie die <b>Anlage UH1</b> aus.	

Die **weitere Person** ist geschieden oder die eingetragene Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage UH1** aus.

Die **weitere Person** ist schwanger.

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

Die **weitere Person** ist

- unter 18 Jahre alt oder
- zwischen 18 und 24 Jahre alt und macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen **und** mindestens ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

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

Die **weitere Person** hat einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (zum Beispiel Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung). Die weitere Person muss deshalb Leistungen beim Jobcenter beantragen.

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

Die **weitere Person** hat einen Anspruch gegenüber Dritten (zum Beispiel aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen).

Bezeichnung des Anspruchs

▶ Bitte weisen Sie den Anspruch durch aktuelle Unterlagen nach.

Für die **weitere Person** wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder 25  Ja  Nein der Auslandsvertretung abgegeben.

▶ Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor.

## 7. Kranken- und Pflegeversicherung 26 27

### 7.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Die **weitere Person** ist oder war zuletzt in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflicht- oder familienversichert.

Mit Beginn des Anspruchs auf Bürgergeld möchte die weitere Person versichert werden bei:

der bisherigen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

Krankenversichertennummer (falls bekannt)

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

einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

Krankenversichertennummer (falls bekannt)

▶ Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Krankenkassenwahl vor, 26 wenn die weitere Person die Krankenkasse wechselt.

### 7.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

Die **weitere Person** ist **privat** oder **freiwillig gesetzlich** versichert.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage SV, Abschnitt 3** aus.

Die **weitere Person** ist **nicht** versichert.

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage SV, Abschnitt 4** aus.

**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 ge

für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft  
– Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte die Anlage KI aus –



Zutreffendes  
bitte  
ankreuzen



Weitere Informationen finden  
Sie zu der jeweiligen Nummer  
in den Ausfüllhinweisen

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 **Este es el formulario para dar los datos de las personas mayores de 15 años con las que tienes una responsabilidad económica, escribe con mayúsculas y letra clara. En esta página la columna de la derecha no se rellena. Si tienes niños tienes que rellenar el formulario KI** e und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter

## 1. Datos personales de la solicitante **ellerin/des Antragstellers**

Titulo e Herr/Frau	Nombre de pila
Apellidos ame	Fecha de nacimiento
Número BG que te ha dado el Jobcenter <b>anden)</b> (si lo tienes)	Número de cliente (si lo tienes) <b>n)</b>

## 2. Los datos reflejados en este formulario se refieren a la siguiente persona mayor de 15 años con la que tengo una responsabilidad económica

### 2.1 Datos personales **ten**

Herr/Frau	Nombre de pila
Apellidos ame	Apellidos de soltera (si son diferentes)
Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento
País de nacimiento	Nacionalidad <b>rigkeit</b>
Número de la seguridad social alemana	<input type="checkbox"/> No disponible, se ha solicitado noch nicht vorhanden und wurde beantragt

### 2.2 Estado civil **tand**

La persona mencionada en el punto 2.1 es

soltera       casada **atet**       viuda **wet**

divorciada desde       separada desde **lebend seit**

tiene una pareja de hecho **nspartnerschaft der weiteren Person ist**

desde **ragen seit**       disuelta desde       vive separada de su  
pareja de hecho  
desde

# WEP

Bearbeitungsvermerke  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Kundennummer der weiteren Person

Die weitere Person hat sich  
ausgewiesen durch

- Personalausweis  
 Reisepass  
 Sonstiges Ausweispapier (z. B.  
elektronischer Aufenthaltstitel):

Gültig bis

AZR-Nummer der weiteren Person

Personenkennnummer der weiteren  
Person (bei rumänischen und bulgar-  
rischen Staatsangehörigen)

DOCUMENTO DE REFERENCIA SIN NINGUN TIPO DE VALIDEZ.

UTILICE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES EN ALEMAN PARA LLEVAR A CABO LOS TRAMITES OFICIALES





#### 4. Ingresos

Hay que rellenar un formulario EK si la persona citada en el punto 2.1 recibe ingresos por empleo asalariado y además un formulario EKS si es autónoma. en Tätigkeit füllen Sie bitte zusätzlich die aus.

#### 5. Propiedades, capital

Para el examen de las propiedades y el capital de todas las personas ligadas por una responsabilidad económica rellena el formulario VM aus.

#### 6. Situación vital de la persona mencionada en el punto 2.1

##### 6.1 Ayudas prioritarias

- ▶ Estos datos sirven para comprobar si se pueden solicitar otras ayudas o si terceras personas deben dinero a la persona solicitante o a las personas ligadas a ella por una responsabilidad económica
- ▶ Se pueden señalar varias casillas. Adjunta por favor los documentos certificativos nachweise vor.

En los últimos 5 años la persona citada en el punto 2.1

ha tenido un empleo n beschäftigt.

de---hasta

Empresa er

con remuneración de más de 450 euros al mes  
 Minijob

de---hasta

Empresa er

con remuneración de más de 450 euros al mes  
 Minijob

ha sido autónoma erson selbständig tätig.

de---hasta

Tipo de actividad profesional

ha desempeñado un servicio militar o un servicio social (por ejemplo FSJ, Bundesfreiwilligendienst) endienst).

ha cuidado de otros parientes (cuidados según SGB XI) nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch).

ha recibido compensaciones económicas (por ejemplo prestación por enfermedad, prestación por desempleo, por maternidad, por paternidad, etc.)

de---hasta

tipo de compensación

no ha tenido ninguna de las circunstancias anteriores y se ha financiado mediante Le- (por ejemplo ayuda su familia o de conocidos, ahorros, herencia): durch Verwandte/Bekanntete, Ersparnisse, Erbschaft):

##### 6.2 Otras posibles reclamaciones de dinero

La persona citada en el punto 2.1 ha solicitado o va a solicitar otras ayudas (por ejemplo ayudas para estudiantes Bafög, para formación en prácticas BAB, ayuda para la vivienda, prestación por desempleo, renta, ayuda para niño/as). Antrag zu stellen.

Tipo de ayuda

Fecha de solicitud

Institución que concede esa ayuda/Familienkasse

▶ Adjunta algún documento que certifica esa solicitud sofern schon über den Antrag entschieden wurde.

La persona citada en el punto 2.1 está reclamando pagos todavía no realizados por una empresa anterior (salarios no pagados, indemnizaciones, dinero después de la insolvencia, etc.) er für Zeiten nach dem Ausscheiden (z. B. bei noch ausstehenden Abfindungen).

Empresa er

Dirección

Motivo

▶ Adjunta documentos que demuestren que se están realizando estas reclamaciones (por ejemplo escritos con tu abogado/a o con los tribunales de justicia) dem Gericht).

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage EK

Anlage EKS

Anlage VM

DOCUMENTO DE REFERENCIA SIN NINGUN TIPO DE VALIDEZ.

UTILICE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES EN ALEMAN PARA LLEVAR A CABO LOS TRAMITES OFICIALES

La persona citada en el punto 2.1 ha sufrido daños físicos de los que es responsable una tercera persona (por ejemplo en un accidente de trabajo, tráfico, deporte, juego, por un tratamiento médico o por un delito. Esta persona debe por eso solicitar ayudas al Jobcenter  
▶ Adjunta el formulario UF aus.

---

La persona citada en el punto 2.1 tiene derecho a reparaciones económicas de terceros (por ejemplo por pagos contractuales o indemnizaciones por daños)  
Tipo de reclamación spruchs  
▶ Adjunta los documentos que prueben esta reclamación terlagen nach.

---

La persona citada en el punto 2.1 vive separada de su pareja matrimonial o de hecho genen Lebenspartnerin/ihrem eingetragenen Lebenspartner.  
▶ Adjunta el formulario UH1 aus.

---

La persona citada en el punto 2.1 esta divorciada de su pareja matrimonial o de hecho aufgehoben.  
▶ Adjunta el formulario UH1 aus.

---

La persona citada en el punto 2.1 está embarazada o cuida de un/a niño/a extramatrimonial de menos de 3 años  
▶ Adjunta el formulario UH2 aus.

---

La persona citada en el punto 2.1 es

- menor de 18 años der
- está entre 18 y 24 años y hace una formación escolar o profesional o la va a empezar en poco tiempo che in Kürze beginnen

y por lo menos el padre o la madre viven y no forman parte de laa personas con responsabilidad económica con respecto de la solicitante.  
▶ Adjunta el formulario UH3 en caso de que la persona citada en el punto 2.1 sea el/la niño/a  
▶ Adjunta el formulario UH4 en caso de que la persona citada en el punto 2.1 no sea el/la niño/a y de que vivas con esta persona en relación de pareja

---

Para la persona citada en el punto 2.1 se ha entregado una declaración en la oficina de extranjería o la representación de su país.en.  
▶ Adjunta los documentos correspondientes (por ejemplo copia de la declaración) flichtungserklärung).

Bearbeitungsvermerke  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage UF

Anlage UH1

Anlage UH1

Anlage UH2

Anlage UH3

Anlage UH4

Anlage SV

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

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden

## 7. Seguro de enfermedad y cuidados ng

### 7.1 Seguro obligatorio de las cajas públicas de enfermedad y cuidados ersicherung

La persona citada en el punto 2.1 ha estado últimamente asegurada en una caja pública de forma obligatoria o familiar  
Nombre de la caja de seguros | Número de asegurada (si se conoce) ekannt)

---

▶ Adjunta un certificado de pertenencia a esa compañía de seguros o fotocopia de la tarjeta de seguro weis der Krankenkasse über die Versicherung der weiteren Person vor. Ersatzweise können Sie auch die gültige elektronische Gesundheitskarte der weiteren Person vorlegen.

---

La persona citada en el punto 2.1 está en el seguro como familiar y estará en el futuro asegurada de forma obligatoria (porque va a empezar un trabajo) en

- la caja actual Krankenkasse.
- en otra caja de seguros Krankenkasse.

nombre de la caja de seguros

---

▶ Adjunta un certificado de que pertenece o de que va a cambiar a esta otra compañía de seguros Nachweis der Krankenkasse über die Krankenkassenwahl vor, wenn die weitere Person die Krankenkasse wechselt.

### 7.2 Seguro privado, voluntario o sin seguro de enfermedad- und Pflegeversicherung

La persona citada en el punto 2.1 está asegurada de forma privada o voluntaria  
▶ Rellena el formulario SV, parte 2 aus.

La persona citada en el punto 2.1 no tiene seguro de enfermedad  
▶ Rellena el formulario SV, parte 3 aus.

Aseguro que lo que he escrito en este formulario es verídico

Lugar/fecha	Firma de la solicitante rin/Antragsteller (firma del tutor/a si la solicitante es menor de edad) etzlichen Vertreterin/Vertreters)
-------------	---

DOCUMENTO DE REFERENCIA SIN NINGUN TIPO DE VALIDEZ.  
UTILICE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES EN ALEMAN PARA LLEVAR A CABO LOS TRAMITES OFICIALES