

Anlage KI

Zur Eintragung von Kindern der Bedarfsgemeinschaft unter 15 Jahren (zu Abschnitt 2f des Hauptantrages)

Die Anlage ist Bestandteil des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II. Füllen Sie diese Anlage (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus und geben Sie die Daten des Kindes/der Kinder Ihrer Bedarfsgemeinschaft an. Beachten Sie bitte auch die Ausfüllhinweise. Wenn Sie Daten für mehr als zwei Kinder eintragen müssen, verwenden Sie bitte weitere Anlagen KI.

Dienststelle	Eingangsstempel
Team	

Nummer der Bedarfsgemeinschaft _____

Familienname, Vorname
der Antragstellerin/des Antragstellers _____

1. Persönliche Daten des in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Kindes

Familienname/ggf. Geburtsname _____ Kunden-Nr. _____

Vorname _____ Geschlecht weiblich männlich

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Geburtsland _____

Staatsangehörigkeit _____

2. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung

2a Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis des Kindes zu Ihnen oder Ihrer Partnerin/Ihrem Partner? Ja Nein
Wenn ja, welches und zu wem? _____

2b Ist das Kind Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz? Ja Nein
Wenn ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

2c Befindet sich das Kind zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung? *) Ja Nein
Wenn ja, Unterbringung vom _____ bis _____ (Tag/Monat/Jahr)
oder ab _____ (Tag/Monat/Jahr). Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

3. Angaben für die Prüfung eines Mehrbedarfes.
Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, sofern ein Mehrbedarf beansprucht wird.

3a Benötigt das Kind aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung? Ja Nein
Wenn ja, bitte **Anlage MEB** ausfüllen.

3b Schwangere haben einen Anspruch auf Mehrbedarf.
Geben Sie gegebenenfalls den voraussichtlichen Entbindungstermin an _____ (Tag/Monat/Jahr)
Bitte legen Sie geeignete Nachweise vor. *)

4. Angaben zur Sozialversicherung (nur für Kinder ab Vollendung des 14. Lebensjahres) *)

4a Ist das Kind bei einer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse familienversichert? Ja Nein
Wenn ja, Name und Sitz der Krankenkasse _____
Krankenversicherungsnummer _____

4b Liegt für das Kind bereits eine Rentenversicherungsnummer vor? Ja Nein
Wenn ja, die Rentenversicherungsnummer lautet _____
Wenn nein, Rentenversicherungsnummer wurde beantragt oder
 soll vom Träger beantragt werden.

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (vgl. auch Kapitel 17 des Merkblattes). 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.

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen

1. Persönliche Daten des in der Bedarfsgemeinschaft lebenden weiteren Kindes

Familiename/ggf. Geburtsname _____ Kunden-Nr. _____

Vorname _____ Geschlecht weiblich männlich

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Geburtsland _____

Staatsangehörigkeit _____

2. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung

2a Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis des Kindes zu Ihnen oder Ihrer Partnerin/Ihrem Partner? Ja Nein
 Wenn ja, welches und zu wem? _____

2b Ist das Kind Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz? Ja Nein
 Wenn ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

2c Befindet sich das Kind zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung? *) Ja Nein
 Wenn ja, Unterbringung vom _____ bis _____ (Tag/Monat/Jahr)
 oder ab _____ (Tag/Monat/Jahr). Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

3. Angaben für die Prüfung eines Mehrbedarfes.
 Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, sofern ein Mehrbedarf beansprucht wird.

3a Benötigt das Kind aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung? Ja Nein
 Wenn ja, bitte **Anlage MEB** ausfüllen.

3b Schwangere haben einen Anspruch auf Mehrbedarf.
 Geben Sie gegebenenfalls den voraussichtlichen Entbindungstermin an _____ (Tag/Monat/Jahr)
 Bitte legen Sie geeignete Nachweise vor. *)

4. Angaben zur Sozialversicherung (nur für Kinder ab Vollendung des 14. Lebensjahres) *)

4a Ist das Kind bei einer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse familienversichert? Ja Nein
 Wenn ja, Name und Sitz der Krankenkasse _____
 Krankenversicherungsnummer _____

4b Liegt für das Kind bereits eine Rentenversicherungsnummer vor? Ja Nein
 Wenn ja, die Rentenversicherungsnummer lautet _____
 Wenn nein, Rentenversicherungsnummer wurde beantragt oder
 soll vom Träger beantragt werden.

Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft nicht nur mit der Erstattung der zu Unrecht erhaltenen Leistungen rechnen, sondern Sie setzen sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus.
 Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen erhalten.

Ich versichere, dass die Angaben zutreffend sind.
 Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.
 Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von mir freiwillig angegebenen Daten bin ich einverstanden.

_____ Ort/Datum	_____ Unterschrift Antragstellerin/ Antragsteller	_____ Ort/Datum	_____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller
--------------------	---	--------------------	---

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten: _____

_____ Ort/Datum	_____ Unterschrift Antragstellerin/ Antragsteller	_____ Ort/Datum	_____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller
--------------------	---	--------------------	---

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen