

Anlage HG

zur Feststellung des Umfangs der Hilfebedürftigkeit bei Vorliegen einer Haushaltsgemeinschaft (zu Abschnitt 2f des Hauptantrages)

Diese Anlage ist Bestandteil des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II. Füllen Sie diese Anlage bitte (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus. Beachten Sie bitte auch die Ausfüllhinweise.

Dienststelle	Eingangsstempel
Team	

Nummer der Bedarfsgemeinschaft _____
Familiename, Vorname
der Antragstellerin/des Antragstellers _____

Hinweis:
Dieser Fragebogen ist von jedem Leistungsberechtigten der Bedarfsgemeinschaft gesondert auszufüllen, wenn im gemeinsamen Haushalt auch Verwandte oder Verschwägerte (z. B. Eltern-, Großelternanteile, Ehegatte des Elternteils, Geschwister, Onkel, Tante) leben, die nicht zur Bedarfsgemeinschaft gehören (bitte Ausfüllhinweise zum Abschnitt 2e und 2f des Hauptantrages und zur Anlage HG beachten).

1. Angaben zur weiteren Person der Bedarfsgemeinschaft, auf die sich die Angaben in dieser Anlage beziehen

Familiename, Vorname _____
Geburtsdatum _____

Erhält die/der Leistungsberechtigte Leistungen, wie z. B. auch Unterkunft oder Verpflegung, von Verwandten/Verschwägerten, die mit ihr/ihm in einer Haushaltsgemeinschaft leben? Ja Nein

Wenn nein, sind weitere Angaben entbehrlich und es ist nur noch die Unterschrift erforderlich.

2. Angaben zu den verwandten oder verschwägerten Personen der/des Leistungsberechtigten, die im Haushalt leben, aber nicht der Bedarfsgemeinschaft angehören

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Elternteil der/des o. g. Leistungsberechtigten
1				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

3. Umfang der Leistungen, die die/der Leistungsberechtigte tatsächlich erhält

Geld:

Die/der Leistungsberechtigte erhält Geldleistungen von mindestens einer der o. g. Personen Ja Nein

Wenn ja, in Höhe von _____ Euro monatlich wöchentlich täglich

Unterkunft:

Hinweis:

Diese Angaben sind nur notwendig, soweit Verwandte/Verschwägerte Eigentümer oder Mieter der Wohnung sind.

Unterkunft wird unentgeltlich zur Verfügung gestellt Ja Nein

Wenn nein: Höhe Ihrer monatlichen Zahlung (bitte nachweisen) _____ Euro/monatlich

Übersteigt der genannte Betrag Ihren Anteil an den Gesamtkosten für Unterkunft und Heizung? Ja Nein

Wenn ja, bitte Gesamtkosten für Unterkunft und Heizung angeben _____ Euro/monatlich

Hinweis:

Bitte informieren Sie Ihren/Ihre Angehörigen, dass Mieteinnahmen grundsätzlich **zu versteuerndes Einkommen** sind, die beim Finanzamt im Rahmen der Steuererklärung anzugeben sind.

Wenn eine Pauschale für Unterkunft und Verpflegung gezahlt wird, beziffern Sie bitte nur den jeweiligen Anteil an der Unterkunft.

4. Weitere Leistungen

Es werden weitere Leistungen von dem/den Angehörigen erbracht: Ja Nein

Wenn ja, geben Sie hier bitte an, um welche weiteren Zuwendungen es sich handelt (z. B. Kleidung) und ob Sie diese regelmäßig (in welchen Abständen?) erhalten. Bagatellzuwendungen (z. B. Kinobesuch) müssen Sie nicht angeben:

Ort/Datum

Unterschrift
Antragstellerin/Antragsteller

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreters minderjähriger
Antragstellerinnen/Antragsteller