

## ZUSATZBLATT

### ZUR FESTSTELLUNG DES UMFANGS DER HILFEBEDÜRFTIGKEIT BEI VORLIEGEN EINER HAUSHALTSGEMEINSCHAFT

#### Hinweis:

Dieser Fragebogen ist von jedem Hilfebedürftigen der Bedarfsgemeinschaft gesondert auszufüllen, wenn im gemeinsamen Haushalt Verwandte oder Verschwägerte (z.B. Eltern- bzw. Großelternanteile, Ehegatte des Elternanteils, Geschwister, Onkel, Tante), die nicht zur Bedarfsgemeinschaft gehören (siehe Seite 15 des Merkblattes zum SGB II), leben.

#### Angaben zum/zur Hilfebedürftigen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Kunden-Nummer bzw. Nummer der Bedarfsgemeinschaft: \_\_\_\_\_

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

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

#### Angaben zu den verwandten oder verschwägerten Personen des/der Hilfebedürftigen, die nicht der Bedarfsgemeinschaft angehören

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Elternteil des/der o.g. Hilfebedürftigen
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

**Umfang der Leistungen, die der/die Hilfebedürftige tatsächlich erhält**

**Geld:**

Der/die Hilfebedürftige erhält Geldleistungen von mindestens einer der o.g. Personen (vgl. Abschnitt VI des Antrags auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes)  ja  nein

Wenn ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €  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

**Falls nein:** Höhe Ihrer monatlichen Zahlung (bitte nachweisen) \_\_\_\_\_ €

Übersteigt der genannte Betrag Ihren Anteil an den Gesamtkosten für Unterkunft und Heizung?  ja  nein

Falls ja, bitte Gesamtkosten für Unterkunft und Heizung angeben \_\_\_\_\_ €

**Hinweis:**

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

**Verpflegung:**

Es wird **volle** Verpflegung (Frühstück, Mittagessen, Abendessen) zur Verfügung gestellt:  ja  nein

Es wird **teilweise** Verpflegung zur Verfügung gestellt  ja  nein

Frühstück

Mittagessen

Abendessen

Müssen Sie diese bezahlen?  ja  nein

Wenn ja: Höhe Ihrer monatlichen Zahlung (bitte nachweisen) \_\_\_\_\_ €

Wenn Sie eine Pauschale für Unterkunft und Verpflegung zahlen, beziffern Sie bitte den jeweiligen Anteil der Unterkunft und der Verpflegung.

**Weitere Leistungen:**

Es werden weitere Leistungen von dem/den Angehörigen erbracht:  ja  nein

**Falls 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.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Hilfebedürftigen, Datum