



Anlage

Anlage zur Angabe einer Haushaltsgemeinschaft



Füllen Sie dieses Formular bitte aus, wenn Sie mit Verwandten oder Verschwägerten in einem Haushalt leben. Für jeden Verwandten/Verschwägerten füllen Sie bitte jeweils eine Anlage HG aus. Erklärungen finden Sie in den Ausfüllhinweisen.

Bitte reichen Sie grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Nachweise nur in Kopie ein.

A. Persönliche Daten der antragstellenden Person

1 Vorname

2 Nachname

3 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

4 Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)

B. Angaben zu der verwandten/verschwägerten Person im Haushalt

Bitte geben Sie die persönlichen Daten der verwandten/verschwägerten Person an, die gemeinsam mit Ihrer Bedarfsgemeinschaft in einem Haushalt lebt. (Hinweis 16 Haushaltsgemeinschaft)

5 Vorname der verwandten/verschwägerten Person

6 Nachname der verwandten/verschwägerten Person

Mit welcher Person in der Bedarfsgemeinschaft ist die oben genannte Person verwandt/verschwägert?
Bitte geben Sie nur eine Person und das jeweilige Verhältnis an.

7 Vorname der Person in der Bedarfsgemeinschaft

8 Nachname der Person in der Bedarfsgemeinschaft

9 Verwandtschaftsverhältnis/Schwägerschaft

10 Erhalten Sie oder eine Person Ihrer Bedarfsgemeinschaft finanzielle Unterstützung (beispielsweise Haushaltsgeld) von der verwandten/verschwägerten Person?

☐ Ja

☐ Nein (weiter mit Abschnitt C)

11 Vorname der Person, die finanzielle Unterstützung erhält

12 Nachname der Person, die finanzielle Unterstützung erhält

13 Höhe der Unterstützung in Euro

14 Zahlungsrhythmus (zum Beispiel monatlich, vierteljährlich)

C. Angaben zur Unterkunft

15 Ist die verwandte/verschwägte Person Eigentümerin/Eigentümer oder Mieterin/Mieter der gemeinsamen Unterkunft?

☐ Ja (weiter mit 18)

☐ Nein

16 Wohnt die verwandte/verschwägte Person kostenlos in der gemeinsamen Unterkunft?

☐ Ja (weiter mit Abschnitt D)

☐ Nein, die verwandte/verschwägte Person beteiligt sich an den Unterkunftskosten.

17 Bitte geben Sie an, in welcher Höhe sich die verwandte/verschwägte Person an den Unterkunftskosten beteiligt.
Danach weiter mit Abschnitt D.

Monatliche Höhe der Zahlung in Euro

18 Wohnen Sie und Ihre Bedarfsgemeinschaft kostenlos in der gemeinsamen Unterkunft?

☐ Ja (weiter mit Abschnitt D)

☐ Nein, es werden Unterkunftskosten an die verwandte/verschwägte Person gezahlt.

19 Bitte geben Sie an, in welcher Höhe Unterkunftskosten an die verwandte/verschwägte Person gezahlt werden.

Monatliche Höhe der Unterkunftskosten in Euro

20 Bitte geben Sie auch die monatliche Höhe der Gesamtzahlung, die für die gesamte Unterkunft anfällt, in Euro an, soweit diese Ihnen bekannt ist.

Monatliche Gesamtkosten für die gemeinsame Unterkunft in Euro

D. Hinweise und Unterschrift

Datenschutzhinweise

Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch für die Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhoben und unterliegen dem Sozialgeheimnis. Näheres zum Datenschutz finden Sie im Internet unter: www.arbeitsagentur.de/datenerhebung
Falls Sie hierzu Fragen haben, melden Sie sich bei dem für Sie zuständigen Jobcenter.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

21 Datum

22 Unterschrift antragstellende Person (bei Minderjährigen:
Unterschrift erziehungs- oder sorgeberechtigte Person)

23 Datum

24 Unterschrift Betreuerin/Betreuer/Vormund