



# Jobcenter - Kommunale Anstalt des öffentlichen Rechts für Beschäftigung und Arbeit des Landkreises Anhalt-Bitterfeld (KomBA – ABI)

## Anlage KI

zur Eintragung von Kindern der Bedarfsgemeinschaft unter 15 Jahren (zu Abschnitt 2e des Hauptantrages)

Diese 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.

Aktenzeichen	_____
Familienname, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers	_____

**1. Persönliche Daten des in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Kindes**

Familienname/ggf. Geburtsname	_____	Kunden-Nr.	_____
Vorname	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	_____	Geburtsort	_____
Staatsangehörigkeit	_____	Geburtsland	_____

**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 kostenaufwändigere Ernährung?  Ja  Nein  
Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage MEB** aus.

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

3c Besteht bei dem Kind ein laufender besonderer Bedarf aufgrund eines besonderen Lebensumstandes? \*)  Ja  Nein  
Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage BEBE** aus.

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

4a Ist das Kind in der gesetzlichen Krankenkasse familienversichert?  Ja  Nein  
Wenn ja, Name und Sitz der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Krankenversichertennummer \_\_\_\_\_  
Wenn nein, füllen Sie bitte **Anlage SV** aus.

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

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. 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**

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 kostenaufwändigere Ernährung?  Ja  Nein  
 Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage MEB** aus.

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

3c Besteht bei dem Kind ein laufender besonderer Bedarf aufgrund eines besonderen Lebensumstandes? \*)  Ja  Nein  
 Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage BEBE** aus.

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

4a Ist das Kind in der gesetzlichen Krankenkasse familienversichert?  Ja  Nein  
 Wenn ja, Name und Sitz der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
 Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_  
 Wenn nein, füllen Sie bitte **Anlage SV** aus.

4b Liegt für das Kind bereits eine Rentenversicherungsnummer vor?  Ja  Nein  
 Wenn ja, die Rentenversicherungsnummer lautet \_\_\_\_\_.  
 Wenn nein, die Rentenversicherungsnummer  wurde beantragt.  
 soll vom Jobcenter 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.**

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten, die von der Bundesagentur für Arbeit zur Gewährung des Arbeitslosengeldes erhoben und verarbeitet wurden, im Rahmen dieser Antragstellung durch das Jobcenter verwendet werden dürfen. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

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 Jobcenters 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.