

zu 2.3: Weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft

| | | | | |
|-----------------------------|-----------------|--|--------------|--|
| Familiename | | ggf. Geburtsname | | Person P |
| ggf. Name aus früheren Ehen | | Vorname(n) | | Geschlecht männlich weiblich |
| Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | Geburtsort | | Geburtskreis | |
| Staatsangehörigkeit(en) | | aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern) | | |
| Straße, Hausnummer | | PLZ | Ort | |
| Schulabschluss | erlernter Beruf | momentan ausgeübter Beruf | | falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit: |

| | | | | |
|-----------------------------|-----------------|--|--------------|--|
| Familiename | | ggf. Geburtsname | | Person P |
| ggf. Name aus früheren Ehen | | Vorname(n) | | Geschlecht männlich weiblich |
| Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | Geburtsort | | Geburtskreis | |
| Staatsangehörigkeit(en) | | aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern) | | |
| Straße, Hausnummer | | PLZ | Ort | |
| Schulabschluss | erlernter Beruf | momentan ausgeübter Beruf | | falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit: |

zu 3.: Einkommen aller Personen in der Hausgemeinschaft

| Person aus 2. | Einkommens-Kennziffer(n) | Betrag in " | Weitere Angaben (z.B. Name + Anschrift des Arbeitgebers, Sozialversicherungsnummer) |
|---------------|--------------------------|-------------|---|
| P | | | |
| P | | | |

zu 4.: Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (nach § 90 SGB XII)

| Person aus 2. | Kennziffer(n) | Nähere Beschreibung | Betrag in " |
|---------------|---------------|---------------------|-------------|
| P | | | |
| P | | | |

zu 6.: Kranken- und Pflegeversicherung

| Person aus 2. | Versicherungs- oder Leistungsträger (genaue Anschrift) | | | |
|---------------|--|--|--|--|
| P | | | | |
| P | | | | |

| Person aus 2. | Versicherungsnummer | Art der Versicherung | Mitgliedschaft bestand/ besteht bis (TT.MM.JJJJ) | Antragsdatum (TT.MM.JJJJ) |
|---------------|---------------------|---------------------------|--|---------------------------|
| P | | Pflicht freiwillig privat | | |
| P | | Pflicht freiwillig privat | | |

zu 7.: Sonstige Ansprüche (sofern nicht bereits unter Nummer 3 und 4 aufgeführt)

| Person aus 2. | Kennziffer(n) | Versicherungs- oder Leistungsträger (genaue Anschrift) /Aktenzeichen |
|---------------|---------------|--|
| P | | |
| P | | |

| Person aus 2. | Bemerkungen: z.B. Art des Anspruchs, Versicherungssumme, Fälligkeitstag | Antragsdatum (TT.MM.JJJJ) | Sonstiges z.B. Ablehnung des Antrages |
|---------------|--|---------------------------|--|
| P | | | |
| P | | | |