

Anlage

Anexo para una niña o un niño de menos de 15 años que pertenece a la comunidad necesitada (corresponde a la parte 2.1 de la solicitud principal)

OBP - KI traducción v. 1.0
NO ENTREGAR - versión para casa
trads, layout by C. and D.

für ein Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft
(zu Abschnitt 2.1 des Hauptantrags)



Zutreffendes bitte ankreuzen
Ponga una cruz en la casilla que corresponda



Weitere Informationen finden Sie in den Ausfüllhinweisen
Lea las informaciones adicionales en las instrucciones para rellenar formularios (también en español, ver web)

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.arbeitsagentur.de.

1. Persönliche Daten 1. Datos personales

1.1 Meine persönlichen Daten 1.1 Mis datos personales

Anrede Tratamiento (Dr., Prof., [Herr, Frau,])	Vorname Nombre
Familienname Apellidos	
Geburtsdatum Fecha de nacimiento	
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden) Número de la comunidad necesitada (si lo tiene)	Kundennummer (falls vorhanden) Número de cliente (si lo tiene)

1.2 Persönliche Daten des in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Kindes 1.2 Datos personales de la niña o niño que vive en la comunidad perceptora

Familienname Apellidos		Vorname Nombre
Geburtsdatum Fecha de nacimiento	Geschlecht Sexo	Staatsangehörigkeit Nacionalidad
Geburtsort Lugar de nacimiento	Geburtsland País de nacimiento	
Rentenversicherungsnummer Número del seguro de la pensión de jubilación	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt Se ha solicitado un número del seguro de pensión de jubilación	

2. Persönliche Angaben 2. Datos personales

Ich bin bzw. meine Partnerin/mein Partner ist mit dem Kind verwandt. **Mi pareja o yo estamos emparentados con el niño o la niña**

Name/n der mit dem Kind verwandten Person/en Nombre/s de la/s persona/s emparentada/s con el niño o niña	Verwandschaftsverhältnis Parentesco
---	--

Das Kind ist **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**. Ja Nein **El niño o niña tiene derecho a prestaciones según la ley de asilo**

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor. **En caso afirmativo adjunte comprobantes**

Das Kind befindet sich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (z. B. in einem Krankenhaus). Ja Nein **El niño o niña se encuentra o va a estar internado en un centro (por ejemplo en un hospital)**

Dauer der Unterbringung von - bis **Duración del internamiento desde - hasta**

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor. **En caso afirmativo adjunte comprobantes**

► Diese Angabe ist nur erforderlich, wenn das Kind ab dem 01.08.2012 geboren ist. **Rellenar solo si la niña o niño ha nacido el 01.08.2012 o posteriormente**

Für das Kind unter 3 Jahren wurde ein Platz in einer **Kindertagesstätte** beantragt bzw. es wird bereits in einer **Kindertagesstätte** betreut. Ja Nein **El o la menor de tres años va a una guardería o se ha solicitado plaza**

Betreuung in der Kindertagesstätte ab (ggf. bis) **El niño o niña está yendo o ha ido a una guardería desde... (hasta)**

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor. **En caso afirmativo adjunte comprobante**

3. Prüfung eines Mehrbedarfs 3. Prestaciones múltiples

► Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten. **Sólo es necesario rellenar estas casillas si se solicitan prestaciones múltiples**

Das Kind benötigt aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**. **El niño o la niña necesita alimentación especial por razones médicas**

► Bitte füllen Sie die **Anlage MEB** aus. **Por favor rellene el anexo MEB**



2

KI

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Las zonas recuadradas a la derecha del formulario no se rellenan

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Anlage MEB

Das Kind ist **schwanger**. *La niña está embarazada*

▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht. ?
Adjunte comprobante de la fecha estimada para el nacimiento

Das Kind hat regelmäßig einen **unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarf** auf Grund eines besonderen Lebensumstandes. ? *La niña o el niño tiene necesidades especiales de forma continuada*

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage BB** aus. *Rellene el anexo BB*

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen
 Las zonas recuadradas a la derecha del formulario no se rellenan

Anlage BB

Anlage SV

4. Kranken- und Pflegeversicherung ? 4. Seguro de enfermedad y de invalidez

▶ Bitte füllen Sie die **Anlage SV** aus, wenn das Kind privat oder in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung freiwillig versichert ist. *Rellene el anexo SV si el niño o niña está asegurado privadamente o en el seguro público de forma voluntaria*

▶ Bitte füllen Sie den folgenden Abschnitt nur aus, wenn **das Kind bereits das 14. Lebensjahr vollendet hat** und legen einen entsprechenden Nachweis über die Kranken- und Pflegeversicherung vor. Alternativ können Sie auch die gültige Krankenversichertenkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte des Kindes vorlegen. *Rellenar el punto siguiente solo si la niña o niño tiene más de 14 años. Adjunte comprobante del seguro*

Das Kind ist in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung familienversichert** und ist künftig pflichtversichert bei: ? *La niña o el niño está asegurada en el seguro público ...*

der bisherigen Krankenkasse. *familiar y en el futuro estará asegurada privadamente en la aseguradora*

einer anderen Krankenkasse. *en otra aseguradora*

Name der Krankenkasse *Nombre de la aseguradora*

Sitz der Krankenkasse *Lugar donde tiene su sede la aseguradora*

Das Kind ist in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflichtversichert** (z. B. durch den Bezug einer Hinterbliebenenrente). *La niña o niño está asegurada en el seguro público obligatorio, por ej. porque recibe pensión de orfandad*

Name der Krankenkasse *Nombre de la aseguradora*

Sitz der Krankenkasse *Lugar donde tiene su sede la aseguradora*

Krankenversicherthenummer (falls bekannt) *Número del seguro (si se conoce)*

P.f. tenga en cuenta que esta solicitud se aplica por regla general retroactivamente a partir del primero del mes de acuerdo al capítulo 37, apartado 2, frase 2 de la Ley de Prestaciones Sociales, Libro II y todos los hechos relevantes (especialmente el flujo de ingresos) tendrán que ser referidos para el mes entero (también para el tiempo transcurrido desde el día 1 del mes). Los datos se mantendrán en secreto de acuerdo con la Hoja Explicativa de la Ley de Prestaciones Sociales Libro II. Sus datos se utilizarán para evaluar las prestaciones correspondientes según la Ley de Prestaciones Sociales Libro II y de acuerdo con los capítulos 60-65 de la Ley de Prestaciones Sociales Libro I y los capítulos 67a, b, c de la Ley de Prestaciones Sociales Libro X. Si Vd. da datos falsos o incompletos o bien no comunica variaciones que se puedan producir en estos datos, Vd. y las personas pertenecientes a su comunidad demandante deberán devolver las cantidades abonadas en exceso y se podría iniciar un procedimiento por infracción administrativa o un proceso penal. La oficina de empleo (Jobcenter) compara informáticamente informaciones con terceros, por ejemplo sobre periodos laborales, rendimientos del capital, prestaciones de los seguros obligatorios de pensión y de accidentes o prestaciones para incentivar el trabajo. Asegúrese de que todos los miembros de su comunidad solicitante están informados de sus obligaciones y que obtienen toda la documentación imprescindible (por ejemplo certificados).

Beachten Sie bitte, dass dieser Antrag gemäß § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II in der Regel auf den Ersten des Monats zurückwirkt und Sie somit alle leistungsrelevanten Tatsachen (insbesondere Zufluss von Einkommen) für den gesamten Monat (auch für die Zeit ab dem Ersten des Monats) angeben müssen.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe Merkblatt SGB II). 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.

Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft mit der Rückforderung der zu viel gezahlten Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus.

Beachten Sie bitte, dass das Jobcenter im Wege des automatisierten Datenabgleichs Auskünfte bei Dritten, z. B. über Beschäftigungszeiten, Kapitalerträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind. *Confirmo la certeza de los datos comunicados*

Ort/Datum *Lugar/Fecha*

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

Firma del o de la solicitante

(en caso de ser menor de edad: firma del/ de la representante legal)

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

Confirmo la vaidez de los cambios en este documento realizados por mi o por un empleado o una empleada del Jobcenter

Ort/Datum *Lugar/Fecha*

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

Firma del o de la solicitante

(en caso de ser menor de edad: firma del/ de la representante legal)

Formular drucken

[Imprimir formulario](#)

Formular zurücksetzen

[Restaurar formulario](#)