

Anlage HG

zur Feststellung des Umfangs der Hilfebedürftigkeit bei Vorliegen einer Haushaltsgemeinschaft
Füllen Sie diese Anlage (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus. Beachten Sie bitte auch die Ausfüllhinweise.

Landkreis Ostprignitz-Ruppin Jobcenter Ostprignitz-Ruppin	Eingangsstempel
--	-----------------

Aktenzeichen _____
Name, Vorname des Vertreters der Bedarfsgemeinschaft _____

Diese Anlage ist von jedem Leistungsberechtigten der Bedarfsgemeinschaft gesondert auszufüllen, wenn im gemeinsamen Haushalt auch Verwandte oder Verschwägerte (z.B. Eltern-, Großelternanteile, Ehegatte des Elternteils, Geschwister, Onkel, Tante) leben, die nicht zur Bedarfsgemeinschaft gehören.

I. Persönliche Daten der Person, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen

Familienname/ggf. Geburtsname _____

Vorname _____ Geschlecht weiblich männlich

II. Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft, die mit der o.g. Person verwandt oder verschwägert sind.

Vorname	Familienname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis/Schwägerschaft

III. Umfang der Leistungen von Verwandten oder Verschwägerten

3a Erhalten Sie **Geld** (z.B. Taschengeld) von mindestens einer der o.g. Personen Ihrer Haushaltsgemeinschaft?
 Ja. Höhe _____ Euro Zahlungsrhythmus _____ Nein.

3b Wird Ihnen die **Unterkunft unentgeltlich** zur Verfügung gestellt?
 Ja. Nein. Weiter bei IV.

Erhalten Sie **weitere Leistungen** von mindestens einer der o.g. Personen Ihrer Haushaltsgemeinschaft?
3c Bitte geben Sie an, um welche weiteren Zuwendungen es sich handelt (z. B. Kleidung, freie Nutzung von Telefon) und ob Sie diese regelmäßig (in welchen Abständen, z. B. monatlich, 1/4-jährlich, 1/2-jährlich, jährlich?) erhalten. Bagatellzuwendungen (z. B. Kinobesuch) müssen Sie nicht angeben.
 Ja. Art der Leistung _____ Zahlungsrhythmus _____ Nein.

IV. Angaben zu den Kosten der Unterkunft bei Zahlungen an Verwandte oder Verschwägerte

4a Ist die/er Verwandte/Verschwägte Eigentümerin bzw. Eigentümer oder Mieterin bzw. Mieter der Wohnung, in der die Bedarfsgemeinschaft lebt? Ja Nein

4b Betiligen Sie sich bzw. die Person in Ihrer Bedarfsgemeinschaft an den Kosten der Unterkunft? Ja Nein

Wenn ja, Höhe der monatlichen Zahlung _____ Euro. Bitte füllen Sie zusätzlich die **Anlage KDU** aus.
Wenn eine Pauschale für Unterkunft und Verpflegung gezahlt wird, beziffern Sie bitte nur den jeweiligen Anteil für die Unterkunft
Monatliche Höhe der Gesamtzahlung, die für die gesamte Unterkunft anfällt, in Euro (soweit bekannt) _____ Euro

Bitte informieren Sie die Verwandten oder Verschwägerten, dass Mieteinnahmen grundsätzlich zu versteuerndes Einkommen sind, das beim Finanzamt im Rahmen der Steuererklärung anzugeben ist.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1c EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) i.V.m. §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II verarbeitet. Siehe hierzu das „Informationsblatt Datenschutz“ sowie das „Merkblatt SGB II“.

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben; Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort/Datum Unterschrift Antragstellerin/er Ort/Datum Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der Antragstellerin/er

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeitenden des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten: _____

Ort/Datum Unterschrift Antragstellerin/er Ort/Datum Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der Antragstellerin/er