

LANDESAMT FÜR ARBEITSBESCHAFFUNG MELDUNG DES ZUSAMMENWOHNENS MIT EINEM PARTNER

ZS und Datumsstempelabdruck

VON DER ZAHLSTELLE AUSZUFÜLLEN

Datum der Leistungsantrages oder der Veränderung: ____ / ____ / ____

Datumsstempel AA

VON DER ARBEITSLOSEN PERSON UND DEREN PARTNER IN DREI EXEMPLAREN AUSZUFÜLLEN

Wann müssen Sie dieses Formular ausfüllen?

Füllen Sie dieses Formular aus, wenn Sie mit einer Partnerin oder einem Partner zusammenwohnen, mit der oder mit dem Sie nicht verheiratet sind und die oder der keine Berufs- oder Ersatzeinkommen bezieht. Dieses Formular ist auch dann auszufüllen, wenn Sie Berufseingliederungsgeld beantragen und Ihr Partner Ersatzeinkommen bezieht.

Wer gilt als Ihr Partner/-in?

Das LfA betrachtet eine Person als Partnerin oder Partner, die oder der zu Ihren Lasten ist, wenn die folgenden Bedingungen kumulativ erfüllt sind:

- Die Person lebt mit Ihnen zusammen und bildet mit Ihnen eine eheähnliche Gemeinschaft. Diese Gemeinschaft muss nicht unbedingt aus einem Mann und einer Frau bestehen.
- Die Person ist mit Ihnen weder verwandt noch verschwägert. Dies bedeutet, dass er oder sie nicht bis dritten Grades mit Ihnen verwandt oder verschwägert sein darf.
- Die Person ist kein Kind zu Lasten eines unterhaltspflichtigen Elternteils.
- Die Person verfügt weder über das Existenzminimum noch über eine anderweitige finanzielle Hilfe gemäß den Rechtsvorschriften über die Sozialhilfe, die das Existenzminimum ersetzt.
- Die Person darf nicht bereits als finanziell zu Lasten von einem anderen Haushaltsmitglied angesehen werden.
- Die Person darf nicht verheiratet sein und mit ihrem/ihrer Ehepartner(in) zusammenwohnen.

IDENTITÄT DER ARBEITSLOSEN PERSON: _____ ENSS Erkennungsnummer der Sozialen Sicherheit

..... NACHNAME und Vorname

IDENTITÄT DES PARTNERS: _____ ENSS Erkennungsnummer der Sozialen Sicherheit

..... NACHNAME und Vorname

Die obengenannte arbeitslose Person und die Partnerin oder der Partner erklären, dass sie zusammenwohnen, eine eheähnliche Gemeinschaft bilden und dass die Partnerin oder der Partner finanziell zu Lasten der arbeitslosen Person ist.

Die Partnerin oder der Partner:

- verfügt über ein Berufseinkommen ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, ausgeübte Berufstätigkeit⁽¹⁾ (2): Monatlicher Bruttobetrag:
- verfügt über ein Ersatzeinkommen ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, Art des Ersatzeinkommens: Monatlicher Bruttobetrag:
- bezieht das Existenzminimum oder die finanzielle Hilfe, die das Existenzminimum ersetzt ☐ nein ☐ ja
- ist bereits als finanziell zu Lasten eines anderen zum Haushalt gehörenden Arbeitslosen gemeldet ☐ nein ☐ ja
- ist bis dritten Grades mit der arbeitslosen Person verwandt (Elternteil, Stief- oder Pflegeelternteil, Kind, (Ur-)Enkel, (Ur-)Großelternteil, Onkel, Tante, Bruder, Schwester, Nefte, Nichte) ☐ nein ☐ ja
- ist eine Person, für die jemand Kindergeld erhält ☐ nein ☐ ja

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass vorliegende Erklärung richtig und vollständig ist und ich verpflichte mich, jede Änderung in den gemachten Angaben umgehend meiner Zahlstelle mitzuteilen⁽¹⁾.

Ich bin mir dessen bewusst, dass mir bei falschen Angaben ein Ausschluss vom Leistungsanspruch, eine Leistungsrückforderung, sowie strafrechtliche Sanktionen drohen.

Datum Unterschrift der arbeitslosen Person

Datum Unterschrift der Partnerin oder des Partners

- (1) Die Sozialinspektoren des LfA können auf Ihre elektronische Steuerakte zugreifen, um zu überprüfen, ob die Erklärungen über Ihre Einkommen, die Sie bei dem LfA abgegeben haben, richtig und vollständig sind. Wenn Sie angegeben haben, dass Sie zusammenwohnend sind, und aufgrund dessen Leistungen bei Arbeitslosigkeit als Arbeitnehmer mit Familie zu Lasten beziehen, können die Sozialinspektoren außerdem die elektronischen Steuerakten der Personen, mit denen Sie zusammenwohnen, abfragen.
- (2) Geben Sie „Arbeitnehmer“ und/oder „Selbständiger“ an. Handelt es sich um eine selbständige Tätigkeit, so brauchen Sie den Betrag des monatlichen Bruttoeinkommens nicht anzugeben. Weitere Informationen finden Sie im FORMULAR C1 – MERKBLATT FÜR DIE MELDUNG DER PERSÖNLICHEN UND FAMILIÄREN SITUATION DES SOZIALVERSICHERTEN, DER LEISTUNGEN BEI ARBEITSLOSIGKEIT BEANTRAGT.

15.09.2022/830.30.001

FORMULAR C1-PARTNER