

Anlage EUB – Zur Feststellung der Leistungsberechtigung von Staatsbürgern und Staatsbürgerinnen eines EU-Mitgliedstaates sowie der Schweiz, Island, Liechtenstein und Norwegen

Füllen Sie diese Anlage (ohne die grau unterlegten Felder) bitte vollständig und gut lesbar in Druckschrift aus. Sie vermeiden dadurch zeitintensive und kostenaufwändige Rückfragen. Beachten Sie bitte die Ausfüllhinweise. Die Antragsvordrucke finden Sie auch im Internet unter www.jobcenter-row.de.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Leistungssachbearbeiterin / Ihren Leistungssachbearbeiter.

Tag der Antragstellung (wenn abweichend vom Erst- bzw. Weiterbewilligungsantrag)

Eingangsdatum / Dienststelle

1. Meine persönlichen Daten Aktenzeichen _____ <i>Das Aktenzeichen entnehmen Sie bitte dem letzten Bescheid bzw. Anschreiben.</i> Vorname _____ Familienname _____ Geburtsdatum _____
--

2. Persönliche Daten der Person, auf die sich die Angaben in dieser Anlage beziehen Vorname _____ Familienname _____ Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____
--

3. Angaben zur Einreise Datum der erstmaligen Einreise in die Bundesrepublik Deutschland _____ Datum der letzten Einreise in die Bundesrepublik Deutschland _____ Grund der (letzten) Einreise _____ <i>Tragen Sie auf Seite 4 unter Punkt 6. bitte die Zeiten des Aufenthalts in Deutschland sowie Zeiten der Abwesenheit einschließlich des jeweiligen Ein- und Ausreisegrundes an und machen Sie Angaben zu dem beruflichen Werdegang der unter 2. genannten Person in Deutschland.</i>

4. Angaben zum Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland Als Unionsbürger/in sind Sie freizügigkeitsberechtigt und haben grds. das Recht auf Einreise und Aufenthalt in jedem Mitgliedstaat der Europäischen Union. Ob Sie Leistungen nach dem SGB II beziehen können, hängt davon ab, welches Aufenthaltsrecht nach dem Freizügigkeitsgesetz Sie und ggf. Ihre Familienangehörigen haben. Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Alternativen an. 4a Die unter 2. genannte Person besitzt ein Daueraufenthaltsrecht nach § 4a FreizügG/EU oder ist Familienangehörige einer daueraufenthaltsberechtigten Person. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Angaben zur Familienangehörigkeit (z. B. Ehe-/Lebenspartner, Kind) _____ Name und Anschrift des daueraufenthaltsberechtigten Familienangehörigen _____ <i>Bitte legen Sie einen Nachweis über das Daueraufenthaltsrecht vor, z. B. Bescheinigung der Ausländerbehörde.</i>

<p>4b</p>	<p>Die unter 2. genannte Person hält sich seit mindestens fünf Jahren gewöhnlich in Deutschland auf und war innerhalb dieser Zeit nicht ausreisepflichtig oder ist Familienangehörige einer solchen Person.</p> <p>Angaben zur Familienangehörigkeit (z. B. Ehe-/Lebenspartner, Kind) _____</p> <p>Name und Anschrift des Familienangehörigen mit mindestens fünfjährigem Aufenthalt _____</p> <p><i>Bitte legen Sie einen Nachweis über den gewöhnlichen Aufenthalt der letzten fünf Jahre vor, z. B. eine Meldebescheinigung oder einen Mietvertrag.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>4c</p>	<p>Die unter 2. genannte Person ist Familienangehörige einer Person mit deutscher Staatsangehörigkeit.</p> <p>Angaben zur Familienangehörigkeit (z. B. Ehe-/Lebenspartner, Kind) _____</p> <p>Name und Anschrift des Familienangehörigen mit deutscher Staatsangehörigkeit _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>4d</p>	<p>Die unter 2. genannte Person besitzt eine gültige Aufenthaltserlaubnis nach dem Aufenthaltsgesetz.</p> <p><i>Bitte legen Sie den entsprechenden Aufenthaltstitel vor.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>4e</p>	<p>Die unter 2. genannte Person ist bzw. war Arbeitnehmer/in oder ist Familienangehörige einer (ehemaligen) Arbeitnehmerin/eines (ehemaligen) Arbeitnehmers.</p> <p>Angaben zur Familienangehörigkeit (z. B. Ehe-/Lebenspartner, Kind) _____</p> <p>Name und Anschrift des Arbeitnehmers _____</p> <p>Name und Anschrift des Arbeitgebers _____</p> <p>Aufnahme der Tätigkeit am _____ wöchentliche Arbeitszeit ca. _____ Stunden.</p> <p>Der monatliche Verdienst beträgt ca. _____ €.</p> <p><i>Bitte legen Sie einen Nachweis vor, z. B. den Arbeitsvertrag oder eine Verdienstbescheinigung. Sofern in der Vergangenheit weitere Beschäftigungsverhältnisse bestanden haben, geben Sie auf einem separaten Blatt bitte den Zeitraum, den wöchentlichen Stundenumfang, den (durchschnittlichen) monatlichen Verdienst und den Grund für die Beendigung des jeweiligen Beschäftigungsverhältnisses an.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
	<p>Die Tätigkeit kann oder konnte aufgrund eines Unfalls oder einer Erkrankung (vorübergehend) nicht mehr ausgeübt werden.</p> <p><i>Bitte legen Sie einen Nachweis vor, z. B. ein ärztliches Attest oder Gutachten mit Angabe zur Dauer der vorübergehenden Erwerbsminderung.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
	<p>Die Tätigkeit wird nicht mehr ausgeübt, es besteht Arbeitslosigkeit seit _____.</p> <p>Grund der Arbeitslosigkeit _____</p> <p><i>Z. B. Kündigung durch Arbeitgeber, eigene Kündigung, befristeter Arbeitsvertrag.</i></p> <p><i>Bei Kündigung des Arbeitsverhältnisses legen Sie bitte das entsprechende Schreiben vor und geben Sie an, aus welchem Grund eine Kündigung erfolgt ist.</i></p> <p><i>Legen Sie außerdem eine Bestätigung der Agentur für Arbeit über die (unfreiwillige) Arbeitslosigkeit vor; den entsprechenden Vordruck erhalten Sie im Jobcenter.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

<p>4f</p>	<p>Die unter 2. genannte Person übt eine selbstständige Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland aus oder ist Familienangehörige einer/eines Selbstständigen.</p> <p>Angaben zur Familienangehörigkeit (z. B. Ehe-/Lebenspartner, Kind) _____</p> <p>Name und Anschrift der/des Selbstständigen _____</p> <p>Die selbstständige Tätigkeit wird seit _____ (Datum) ausgeübt.</p> <p>Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt ca. _____ Stunden.</p> <p>Die monatlichen Einnahmen (Umsätze) betragen ca. _____ €.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
	<p>Die selbstständige Tätigkeit kann aufgrund eines Unfalls oder einer Erkrankung (vorübergehend) nicht mehr ausgeübt werden.</p> <p><i>Bitte legen Sie einen Nachweis vor, z. B. ein ärztliches Attest oder Gutachten mit Angabe zur Dauer der vorübergehenden Erwerbsminderung.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
	<p>Die Selbstständigkeit wird nicht mehr ausgeübt seit _____.</p> <p>Grund der Aufgabe _____</p> <p><i>Bitte legen Sie die Gewerbeabmeldung vor.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>4g</p>	<p>Die unter 2. genannte Person hat ihre Erwerbstätigkeit wegen der körperlichen Belastungen im Spätstadium einer Schwangerschaft (i.d.R. mit Beginn des Mutterschutzes) bzw. aufgrund eines Beschäftigungsverbot aufgeben.</p> <p>Die Tätigkeit wird seit dem _____</p> <p><input type="checkbox"/> wegen der körperlichen Belastungen im Spätstadium der Schwangerschaft</p> <p><input type="checkbox"/> aufgrund eines Beschäftigungsverbotes nicht mehr ausgeübt.</p> <p>Das Arbeitsverhältnis ist <input type="checkbox"/> gekündigt <input type="checkbox"/> besteht weiterhin.</p> <p><i>Bitte beachten Sie, dass das Freizügigkeitsrecht als Arbeitnehmerin bei Schwangerschaft und nach der Geburt in der Regel nur für die Dauer des Mutterschutzes fortbesteht und die vorherige oder eine andere Erwerbstätigkeit im Anschluss wieder aufgenommen werden muss (vgl. Urteil des EuGH vom 19. Juni 2014 - C-507/12). Bei Inanspruchnahme der Elternzeit besteht kein Arbeitnehmerstatus.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>4h</p>	<p>Die unter 2. genannte Person kann ihr Freizügigkeitsrecht nach § 3 Abs. 3 FreizügG/EU ableiten.</p> <p>Kinder und der Elternteil, der die elterliche Sorge tatsächlich ausübt, behalten ihr Aufenthaltsrecht bis zum Abschluss einer Ausbildung auch nach dem Wegzug oder Tod des anderen Elternteils, von dem sie ihr bisheriges Aufenthaltsrecht abgeleitet haben. Dies gilt nur, wenn sich die Kinder im Bundesgebiet aufhalten und eine Ausbildungseinrichtung besuchen.</p> <p>Name des Elternteils, von dem das Aufenthaltsrecht abgeleitet wird _____</p> <p>Der Elternteil ist am _____ <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> verzogen nach _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>4i</p>	<p>Die unter 2. genannte Person besitzt ein Aufenthaltsrecht aus dem Recht zum allgemeinen Schul- oder Ausbildungsbesuch aus Artikel 10 der Verordnung (EU) Nummer 492/2011.</p> <p>Danach haben Kinder von Unionsbürgern, die in einem Mitgliedstaat beschäftigt sind oder waren, ungehinderten Zugang zur Schule und einer Ausbildung haben.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

Die sorgeberechtigten Elternteile können hieraus ein Aufenthaltsrecht ableiten.

Name des (ehemals) beschäftigten Elternteils _____

Ist/War beschäftigt bei _____ von _____ bis _____

5. Weitere Angaben, wenn unter Punkt 4. alles mit „nein“ beantwortet wurde

In dem Fall besteht für Sie und Ihre Familienangehörigen grds. kein Anspruch auf Leistungen. Besondere Umstände, die aus Ihrer Sicht zu berücksichtigen sind, können Sie an dieser Stelle angeben.

6. Angaben zu den Aufenthaltszeiten in Deutschland und dem beruflichen Werdegang

Geben Sie in der folgenden Tabelle bitte alle Aufenthalts- und Abwesenheitszeiten einschließlich des jeweiligen Grundes der unter 2. genannten Person an. Wenn der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein extra Blatt.

Datum der Einreise	Grund der Einreise	Datum der Ausreise	Grund der Ausreise

Bitte machen Sie Angaben zum beruflichen Werdegang in Deutschland (Mehrfachnennungen sind möglich) und reichen Sie einen Nachweis über den Rentenversicherungsverlauf ein. Sollte der Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte ein extra Blatt.

Seit der **Ersteinreise** hat die unter 2. genannte Person in Deutschland

- sozialversicherungspflichtig gearbeitet bzw. einen Minijob ausgeübt.
- eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt.
- Entgeltersatzleistungen erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld).
- sonstiges (bitte angeben) _____

Tragen Sie in die nachstehende Tabelle bitte die entsprechenden Zeiträume ein und legen Sie jeweils geeignete Nachweise (z. B. Arbeitsverträge, Bescheid der Agentur für Arbeit usw.) vor.

von	bis	Arbeitgeber/Behörde/ Leistungsträger	beschäftigt/tätig als/Leistung	Std./Woche	Einkommen € / Monat

Ich bestätige, dass die Angaben zutreffend sind.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin /
des Antragstellers

Unterschrift der unter 2.
genannten Person