

Fact sheet on family insurance cover (Informationsblatt zur Familienversicherung)

This fact sheet aims to give you an overview of the information and documents that we require in individual cases.

(Die nachfolgenden Hinweise sollen Ihnen einen kleinen Überblick geben, welche Angaben und Unterlagen wir in den einzelnen Fällen von Ihnen benötigen.)

For a spouse/same-sex life partner (as per the German Act on Registered Life Partnerships):

(Bei Ehegatte/gleichgeschlechtlichen Lebenspartner (lt. Lebenspartnerschaftsgesetz):)

- If **surnames are different**: a copy of the marriage certificate (Bei **abweichenden Nachnamen**: Heiratsurkunde in Kopie)
- The member's **signature** is required (**Unterschrift** ist vom Mitglied notwendig)
- If your spouse/life partner has previously been insured with a different health insurance provider, please enclose confirmation of membership termination. (Bestand bisher eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse, bitte eine Bestätigung über das Ende der Mitgliedschaft beilegen.)

For children: (Bei Kindern:)

- If **surnames are different** or in the case of **newborns**: a copy of the birth certificate if this demonstrates that the member is a parent of the child; otherwise, a copy of the declaration of paternity, proof of legal guardianship or the adoption certificate. (Bei **abweichenden Nachnamen** oder **Neugeborenen**: Kopie der Geburtsurkunde, soweit hierdurch nachgewiesen wird, dass das Mitglied ein Elternteil des Familienversicherten ist, ansonsten eine Kopie der Vaterschaftsanerkennung, des Pflegschaftsnachweises, oder der Adoptionsurkunde.)
- **Stepchildren**: proof of maintenance by the child's father or child's mother, proof of income of all persons living in the household (**Stiefkinder**: Unterhaltsnachweis des Kindsvaters bzw. der Kindsmutter, Einkommensnachweis aller im Haushalt lebenden Personen)
- If **one parent is privately insured**: up-to-date income tax assessment or proof of income that also shows one-off payments such as holiday/Christmas bonuses (Ein **Elternteil ist privat krankenversichert**: aktueller Einkommensteuerbescheid bzw. Verdienstbescheinigungen, in denen auch Einmalzahlungen, wie z. B. Urlaubs-/Weihnachtsgeld, aufgeführt sind)
- Family member aged **23 or above**: certificate of enrolment at school/university (Ab dem **23. Lebensjahr**: Schul- bzw. Studienbescheinigung)
- **Disabled** children: copy of the disability pass (**Behinderte Kinder**: Kopie des Schwerbehindertenausweises)
- **Military/civil service**: copy of the certificate of military/civil service (**Wehr- bzw. Zivildienst**: Kopie der Wehr-/Zivildienstbescheinigung)
- The member's **signature** is required (**Unterschrift** ist vom Mitglied notwendig)
- If your spouse/life partner has previously been insured with a different health insurance provider, please enclose confirmation of membership termination. (Bestand bisher eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse, bitte eine Bestätigung über das Ende der Mitgliedschaft beilegen.)

Notifiable circumstances when covered by family insurance

Meldepflichtige Tatbestände bei Durchführung einer Familienversicherung

Family insurance is governed by the provisions of section 10 of the fifth statute book of the German social security code (SGB V). Family insurance cover begins on the date on which the legal requirements are met. The insurance of family members ends when the legal requirements cease to apply, i.e. retroactively if applicable. (Die Durchführung der Familienversicherung ist an die Bestimmungen des § 10 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) gebunden. Die Familienversicherung beginnt mit dem Tag, an dem die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Die Versicherung der Familienangehörigen endet mit dem Wegfall der gesetzlichen Voraussetzungen, d. h. ggf. auch rückwirkend.)

To ensure that you are not placed at a disadvantage, it is important that you inform us immediately of any of the following changes in respect of you or your family members. Changes affecting your spouse are important even if they are not covered by statutory health insurance or if you are separated: (Damit Ihnen keine Nachteile entstehen, ist es wichtig, dass Sie uns alle im Folgenden aufgelisteten Änderungen von Ihnen und Ihren Familienangehörigen sofort mitteilen. Wichtig dabei sind auch Änderungen, die Ihren Ehepartner betreffen, selbst wenn dieser nicht gesetzlich versichert ist oder Sie von ihm getrennt leben:)

- Commencement of work, including marginal employment, internships or positions abroad (Arbeitsaufnahme, einschließlich geringfügiger Beschäftigungen, Praktikum oder Beschäftigungen im Ausland)
- Commencement of a self-employed occupation (setting up a business or going freelance) (Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit (Gewerbe oder freiberufliche Tätigkeit)
- Receipt of severance payments (Bezug von Abfindungen)
- Income on assets (e.g. interest) or from letting/leasing (Einkünfte aus Kapitalvermögen (z. B. Zinsen), Vermietung oder Verpachtung)
- Pension income, such as state pensions, private pensions and foreign pensions (Rentenbezüge wie z. B. gesetzliche Renten, private Renten, ausländische Renten)
- Receipt of benefits pursuant to the German Employment Promotion Act (Arbeitsförderungsgesetz) such as unemployment benefits (Arbeitslosengeld I/II), social security benefits, subsistence allowance, short-time subsidies, winter compensation payments (Bezug von Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz, wie z. B. Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld)
- Change to the place of residence of family members covered under family insurance, such as to study, complete an internship or do au pair work (Veränderung des Wohnorts familienversicherter Angehöriger, z. B. zum Studium, Praktikum, Au-pair-Tätigkeit)
- Termination of studies or training (Abbruch des Studiums oder der Ausbildung)
- Start and end dates of military or civil service, federal volunteer service or a voluntary social or environmental year (Beginn und Ende des Wehr- oder Zivildienstes bzw. Bundesfreiwilligendienstes, eines freiwilligen sozialen bzw. ökologischen Jahres)
- A switch from statutory health insurance to private health insurance (Wechsel aus der gesetzlichen in eine private Krankenversicherung)
- A change in marital status (marriage, divorce) (Änderung des Familienstandes (Hochzeit, Ehescheidung)
- Death of a family member covered by family insurance (Tod eines familienversicherten Angehörigen)
- Imprisonment or remand of a family member covered by family insurance (Haft oder Untersuchungshaft von familienversicherten Angehörigen)
- Place of residence moved abroad (Verlagerung des Lebensmittelpunktes ins Ausland)

All notifiable circumstances must be supported by means of the relevant documents, such as income tax assessments (for self-employed people), payslips (for people in salaried employment), salary notes (for people employed in the German civil service) or similar. (Alle meldepflichtigen Tatbestände sind durch entsprechende Unterlagen, z. B. Einkommensteuerbescheide (bei Selbstständigen), Gehaltsabrechnungen (bei Angestellten), Bezügemitteilungen (bei Beamten) o. ä. nachzuweisen.)

Please note: (Wichtiger Hinweis:)

If a spouse switches to a private health insurance plan, please contact us in order for us to assess your eligibility requirements in terms of covering your children under family insurance. (Wechselt ein Ehegatte in die private Krankenversicherung, wenden Sie sich bitte an uns, damit die Anspruchsvoraussetzungen für die Familienversicherung Ihrer Kinder geprüft werden können.)

Please return to:
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER, post office box 14 01 60, 33621 Bielefeld
(Bitte zurück an: BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER, Postfach 14 01 60, 33621 Bielefeld)

Information compulsory from: (Angaben sind erforderlich ab dem:)

Member's full name (Vorname Name des Mitglieds)
Health insurance no.: (KV-Nummer:)

Family insurance questionnaire

(Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung)

General information about the member (Allgemeine Angaben des Mitglieds)

I was previously (Ich war bisher)

insured as a member in my own right
(im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft)

with (versichert bei)

insured under a family insurance policy
(im Rahmen einer Familienversicherung)

_____ Name of health insurer (Name der Krankenkasse)

not covered by statutory health insurance
(nicht gesetzlich krankenversichert)

Marital status: (Familienstand:)

unmarried (ledig) married (verheiratet) separated (getrennt lebend) divorced (geschieden) widowed (verwitwet)

Registered same-sex life partnership within the meaning of the German Act on Registered Life Partnerships (LPartG) since: _____ (please provide the information requested under 'Spouses'.) (Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG seit: (Bitte machen Sie die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“).)

Reason for applying for family membership: (Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:)

Start of my membership (Beginn meiner Mitgliedschaft) Birth of a child (Geburt des Kindes) Marriage (Heirat)

Termination of the family member's prior independent membership (Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen)

Other: (Sonstiges:) _____

Start of family insurance: (Beginn der Familienversicherung:) _____

If you have any questions, I can be contacted on the following telephone number during the day:

_____ (optional). (Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. zu erreichen (freiwillige Angabe).)

My email address is _____ (optional). (Meine E-Mail-Adresse lautet (freiwillige Angabe).)

I have received the fact sheet: (Das Informationsblatt habe ich erhalten:) yes (ja) no (nein)

Information on family members (Angaben zu Familienangehörigen)

The following information is only required for family members who wish to be covered by our family insurance policy. We do, however, require the details of your spouse/life partner even if the family insurance policy with us will only include your children. In this instance, we require general information, information on the insurance held by the spouse/life partner and – if the spouse/life partner is not covered by statutory insurance and is related to the children – information on their income; the details provided must be supported with proof of income, and any subsidies paid in consideration of marital status do not have to be included when providing information on income. (Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.)

Please note that obtaining concurrent family insurance from different health insurance providers is prohibited by law.

Please confirm with the information provided that you do not have two family insurance policies. (Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.)

General information on family members (Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen)				
	Spouse (Ehegatte)	Child (Kind)	Child (Kind)	Child (Kind)
Surname* (Name*)				
* Please enclose a marriage certificate/proof of descent if your spouse/life partner or your children have a different surname and you have not already submitted these documents. (* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.)				
First name (Vorname)				
Gender (m = male, f = female, x = intersex) (Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt))	<input type="checkbox"/> (m)(m) <input type="checkbox"/> (f)(w)	<input type="checkbox"/> (m)(m) <input type="checkbox"/> (f)(w) <input type="checkbox"/> (x)(x)	<input type="checkbox"/> (m)(m) <input type="checkbox"/> (f)(w) <input type="checkbox"/> (x)(x)	<input type="checkbox"/> (m)(m) <input type="checkbox"/> (f)(w) <input type="checkbox"/> (x)(x)
Date of birth (Geburtsdatum)				
Address, if different from that of the member (ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift)				
Relationship of member to child (* The term 'biological child' should also be used in cases of adoption.) (Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	-----	<input type="checkbox"/> Biological child* (leibliches Kind*) <input type="checkbox"/> Stepchild (Stiefkind) <input type="checkbox"/> Grandchild (Enkel) <input type="checkbox"/> Foster child (Pflegekind)	<input type="checkbox"/> Biological child* (leibliches Kind*) <input type="checkbox"/> Stepchild (Stiefkind) <input type="checkbox"/> Grandchild (Enkel) <input type="checkbox"/> Foster child (Pflegekind)	<input type="checkbox"/> Biological child* (leibliches Kind*) <input type="checkbox"/> Stepchild (Stiefkind) <input type="checkbox"/> Grandchild (Enkel) <input type="checkbox"/> Foster child (Pflegekind)
Is your spouse related to the child? (Please only place a cross in the box if the spouse and the child are not related) (Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	-----	<input type="checkbox"/> (no) (nein)	<input type="checkbox"/> (no) (nein)	<input type="checkbox"/> (no) (nein)

Information on the most recent or existing insurance coverage of your family members (Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen)				
	Spouse (Ehegatte)	Child (Kind)	Child (Kind)	Child (Kind)
Previous insurance coverage (Die bisherige Versicherung) • ended on: (endete am:) • was held with: (name of health insurer) (bestand bei: (Name der Krankenkasse)
Type of previous insurance: (Art der bisherigen Versicherung:)	<input type="checkbox"/> Membership (Mitgliedschaft) <input type="checkbox"/> Family insurance (Familienversicherung) <input type="checkbox"/> Non-statutory (nicht gesetzlich)	<input type="checkbox"/> Membership (Mitgliedschaft) <input type="checkbox"/> Family insurance (Familienversicherung) <input type="checkbox"/> Non-statutory (nicht gesetzlich)	<input type="checkbox"/> Membership (Mitgliedschaft) <input type="checkbox"/> Family insurance (Familienversicherung) <input type="checkbox"/> Non-statutory (nicht gesetzlich)	<input type="checkbox"/> Membership (Mitgliedschaft) <input type="checkbox"/> Family insurance (Familienversicherung) <input type="checkbox"/> Non-statutory (nicht gesetzlich)
If the most recent insurance was family insurance, please enter the full name of the person whose family insurance provided cover (Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde) First name (Name) Surname (Vorname) First name (Name) Surname (Vorname) First name (Name) Surname (Vorname) First name (Name) Surname (Vorname)
The previous insurance is still in place with: (name of statutory or other health insurer) (Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)		-----	-----	-----

Other information on family members (Sonstige Angaben zu Familienangehörigen)				
	Spouse (Ehegatte)	Child (Kind)	Child (Kind)	Child (Kind)
Self-employed (Selbstständige Tätigkeit liegt vor)	<input type="checkbox"/> Yes (Ja)	<input type="checkbox"/> Yes (Ja)	<input type="checkbox"/> Yes (Ja)	<input type="checkbox"/> Yes (Ja)
Net income from self-employment (monthly): please enclose a copy of the person's most recent income tax assessment. (Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)	€ (Euro)	€ (Euro)	€ (Euro)	€ (Euro)
Gross earnings from marginal employment (monthly) (Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich))	€ (Euro)	€ (Euro)	€ (Euro)	€ (Euro)
In receipt of Arbeitslosengeld II? (Wird Arbeitslosengeld II bezogen?)	<input type="checkbox"/> Yes (Ja)	<input type="checkbox"/> Yes (Ja)	<input type="checkbox"/> Yes (Ja)	<input type="checkbox"/> Yes (Ja)
Pension payments under the statutory pension scheme, company pension plan payments, foreign pension, other pensions (monthly payment amount) (Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag))	€ (Euro)	€ (Euro)	€ (Euro)	€ (Euro)
Other regular monthly income within the meaning of German income tax law (e.g. gross income from more than marginal employment, income from letting/leasing, income on assets) (Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen))	€ (Euro) Type of income (Art der Einkünfte)	€ (Euro) Type of income (Art der Einkünfte)	€ (Euro) Type of income (Art der Einkünfte)	€ (Euro) Type of income (Art der Einkünfte)
School/university (Please enclose a school/university certificate of enrolment for children aged 23 and above) (Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen))	-----	from (vom) until (bis)	from (vom) until (bis)	from (vom) until (bis)
Military or civil service (Please enclose period of service certificate) (Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen))	-----	from (vom) until (bis)	from (vom) until (bis)	from (vom) until (bis)

Information on the allocation of a health insurance number for family members covered by family insurance (Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige)

	Spouse (Ehegatte)	Child (Kind)	Child (Kind)	Child (Kind)
Own pension insurance number (Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.))				
The following information is only required if a pension insurance number is yet to be issued. (Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.)				
Name at birth (Geburtsname)				
Place of birth (Geburtsort)				
Country of birth (Geburtsland)				
Nationality (Staatsangehörigkeit)				

I confirm that the details provided above are correct. I undertake to promptly notify you of any changes. This particularly applies in the event of changes in the income of the relatives mentioned above (e.g. new income tax assessment notice for self-employment) or if they become members of a (different) health insurance provider. (Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.)

Place, date
(Ort, Datum)

Member's signature
(Unterschrift des Mitglieds)

Signatures of family members, if applicable
(ggf. Unterschrift der Familienangehörigen)

By signing above, I declare that I have obtained my family members' consent before disclosing the required data. (Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.)

For separated family members, the signature of the family member suffices. (Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.)

Privacy notice (section 67a paragraph 3 SGB X): In order for us to assess your family insurance, your cooperation pursuant to section 10 paragraph 6 and section 289 SGB V is required. The data is collected for the purpose of assessing your insurance cover (sections 10, 284 SGB V, 7 KVLG 1989, 25 SGB XI). Contact details provided voluntarily are exclusively used to process queries relating to your insurance cover. (Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.)

Sender: (Absender:)

Member: (Mitglied:)

BKK family insurance (BKK Familienversicherung)

Health insurance no.: (Versicherungsnummer:)

Information on family income (Angabe zu den Einkommensverhältnissen meiner Familie)

Number of family members living in the household _____

(Anzahl der im Haushalt lebenden Angehörigen)

Member's net income (Nettoeinkommen des Mitglieds)	in € (Angabe in Euro)	Type of income ¹ (Art der Einnahmen ¹)
	€ (Euro)	
Spouse's net income (Nettoeinkommen des Ehegatten)		Type of income ¹ (Art der Einnahmen ¹)
	€ (Euro)	
Social security benefits/Arbeitslosengeld II (Sozialhilfe/Arbeitslosengeld II)		
	€ (Euro)	
Maintenance for your stepchildren/grandchildren (incl. maintenance advances) (Unterhalt für Ihr(e) Stief-/Enkelkinder (auch Unterhaltsvorschuss)		Type of income ¹ (Art der Einnahmen ¹)
Name: (Name:)	€ (Euro)	
Name: (Name:)	€ (Euro)	
Name: (Name:)	€ (Euro)	
Income of your stepchildren/grandchildren (Einkommen Ihres(r) Stief-/Enkelkinder)		Type of income ¹ (Art der Einnahmen ¹)
Name: (Name:)	€ (Euro)	
Name: (Name:)	€ (Euro)	
Name: (Name:)	€ (Euro)	
Income of other family members living in the household (children etc.) (Einkommen von weiteren im Haushalt lebenden Angehörigen (Kinder usw.))		Type of income ¹ (Art der Einnahmen ¹)
Name: (Name:)	€ (Euro)	
Name: (Name:)	€ (Euro)	
Name: (Name:)	€ (Euro)	

You are required to inform us immediately of any changes to income. (Sollten sich Änderungen in den Einkommensverhältnissen ergeben, sind Sie verpflichtet uns diese umgehend mitzuteilen.)

Place, date, member's signature; signatures of family members, if applicable
(Ort, Datum, Unterschrift des Mitglieds; ggf. Unterschrift der Familienangehörigen)

Telephone no. (optional)
(Telefon (freiwillige Angabe))

1: e.g. income from employment, income from self-employment, pensions and related benefits, unemployment and jobseekers' benefits, social security benefits (1: z. B. Einkünfte aus Ihrer Beschäftigung, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, Renten- und Versorgungsbezüge, Arbeitslosengeld-, Arbeitslosenhilfebezug, Sozialhilfe)

Fact sheet for verification of the primary maintenance provider

(Informationsblatt zur Überprüfung des überwiegenden Unterhalts)

Stepchildren and grandchildren may also be insured free of charge with BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER if the member is their primary maintenance provider. (Die beitragsfreie Familienversicherung bei der BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER ist auch für Stief- und Enkelkinder möglich, wenn das Mitglied diese überwiegend unterhält.)

In order to determine the primary maintenance provider, it is necessary to consider the income of all persons living in your household, even if they are not insured with BKK. The following table indicates the supporting evidence we require (if not already submitted): (Um den überwiegenden Unterhalt festzustellen, sind alle Einkünfte der in Ihrem Haushalt lebenden Personen zu berücksichtigen, auch, wenn diese nicht bei unserer BKK versichert sind. Der nachfolgenden Tabelle können Sie entnehmen, welche Nachweise wir jeweils benötigen, sofern Sie uns diese nicht bereits eingereicht haben:)

Type of income (Art der Einkünfte)	Supporting evidence required (Erforderliche Nachweise)
Income from employment (including marginal employment and training) (Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (einschließlich geringfügiger Beschäftigungen und Ausbildung))	Payslip from December of the previous year, as well as an up-to-date payslip (the amount of any one-off payments must be clearly indicated) (Gehaltsabrechnung aus Dezember des Vorjahres, sowie eine aktuelle Gehaltsabrechnung (die Höhe von Einmalzahlungen muss nachvollziehbar sein))
Unemployment benefits (incl. Arbeitslosengeld II) (Arbeitslosengeld (einschließlich Arbeitslosengeld II))	Notice of the benefit amount for the relevant period (Bescheid über die Höhe der Leistung für den zu prüfenden Zeitraum)
Salary for civil servants in Germany (Beamtenbezüge)	Salary note from December of the previous year, as well as an up-to-date salary note (the amount of any one-off payments must be clearly indicated) (Bezügemitteilung des Vorjahres, sowie eine aktuelle Bezügemitteilung (die Höhe von Einmalzahlungen muss nachvollziehbar sein))
Start-up grants (Existenzgründungszuschuss/Gründungszuschuss)	Notice of the benefit amount for the relevant period (Bescheid über die Höhe der Leistung für den zu prüfenden Zeitraum)
Assets (Kapitalvermögen)	Most recent valid income tax assessment/advance payment notice (Letzter gültiger Einkommensteuerbescheid/Vorauszahlungsbescheid)
State or private pensions or foreign pensions (Renten der gesetzlichen oder privaten Versicherung sowie ausländische Renten)	Notice of the pension amount for the relevant period (Bescheid über die Höhe der Renten für den zu prüfenden Zeitraum)
Self-employment (Selbstständige Tätigkeit)	Most recent valid income tax assessment/advance payment notice (Letzter gültiger Einkommensteuerbescheid/Vorauszahlungsbescheid)
Social security benefits (Sozialgeld)	Notice of the benefit amount for the relevant period (Bescheid über die Höhe der Leistung für den zu prüfenden Zeitraum)
Bridging allowance (Überbrückungsgeld)	Notice of the benefit amount for the relevant period (Bescheid über die Höhe der Leistung für den zu prüfenden Zeitraum)
Maintenance/maintenance advance (Unterhalt/Unterhaltsvorschuss)	Bank statement (Kontoauszug)
Letting and leasing (Vermietung und Verpachtung)	Most recent valid income tax assessment/advance payment notice (Letzter gültiger Einkommensteuerbescheid/Vorauszahlungsbescheid)
Pension-related benefits (Versorgungsbezüge)	Notice of the benefit amount for the relevant period (Bescheid über die Höhe der Bezüge für den zu prüfenden Zeitraum)
Other income (Sonstige Einkünfte)	Appropriate evidence of the amount (Entsprechende Nachweise über die Höhe)

- If your income or that of your family members is made up of various sources of income, we need supporting evidence for each source. (Sofern sich Ihr Einkommen oder das Ihrer Angehörigen aus mehreren Einkunftsarten zusammensetzt, benötigen wir Nachweise für jede Einkommensart.)
- Does your stepchild/grandchild no longer live with you? If so, please inform us of the precise date on which they moved out. (Lebt Ihr Stief- oder Enkelkind nicht in Ihrem Haushalt? Teilen Sie uns bitte den genauen Zeitpunkt des Auszugs mit.)
- Do you provide financial support to a stepchild/grandchild living elsewhere? If so, please supply us with a bank statement or similar document as supporting evidence. (Unterstützen Sie Ihr von Ihnen getrennt lebendes Stief- oder Enkelkind finanziell? Reichen Sie uns als Nachweis bitte einen Kontoauszug oder Ähnliches ein.)