

VERÄNDERUNGSMITTEILUNG

- ARBEITSLOSENGELD II / SOZIALGELD -

(zuständigen Leistungsträger eintragen)

Vor- / Familienname und Adresse des Antragstellers

BG-Nummer: _____

Kundennummer: _____

Org.-Z.: _____

Antragsteller/in (Bevollmächtigter)

In der Bedarfsgemeinschaft lebende Person

→ Wenn die Veränderungen mehrere Personen betreffen, ist für jede Person eine gesonderte Veränderungsmitteilung erforderlich – gilt nicht für Umzug.

_____ Name der Person

_____ Verhältnis zum Antragsteller (z.B. Ehegatte, Sohn)

Ich nehme eine Tätigkeit/ Ausbildung ab _____ (bei befristeter Tätigkeit bis _____) als _____ mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von _____ Stunden auf.

Lage und Verteilung der Arbeitszeit: _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers _____

Die erste Lohn-/ Gehaltszahlung (Bruttoentgelt mtl. ca. _____ € Nettoentgelt mtl. ca. _____ €) wird zum _____ erfolgen.

Die Krankenkassenzugehörigkeit hat sich geändert/ ändert sich ab _____

Name und Sitz der neu gewählten Krankenkasse _____

Ich bin seit _____ arbeitsunfähig erkrankt weiterhin arbeitsunfähig wieder arbeitsfähig

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung habe ich beigelegt.

Die Arbeitsunfähigkeit wurde durch einen Unfall verursacht ja nein

Ich bin umgezogen am _____ Ich werde umziehen am _____

Ich und die mit mir in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen sind umgezogen/ werden umziehen am _____

Neue Anschrift _____

(Abmelde- und Anmeldebestätigung, Kopie des Mietvertrages* und Mietbescheinigung* sind beigelegt) *siehe wichtige Hinweise

Wichtige Hinweise:

Wird für den neuen Wohnort ein anderer Leistungsträger zuständig, ist bei diesem eine persönliche Vorsprache erforderlich. Eine verspätete Vorsprache bewirkt regelmäßig finanzielle Nachteile.

Wird infolge eines Umzugs eine neue Bedarfsgemeinschaft begründet, ist eine erneute Antragstellung bei dem zuständigen Leistungsträger erforderlich. Beachten Sie bitte, dass Leistungen erst ab Tag der Antragstellung gezahlt werden können.

* Bleibt für den neuen Wohnort der bisherige Leistungsträger zuständig, ist die Kopie des Mietvertrages und eine Mietbescheinigung vorzulegen.

Meine Bankverbindung/ Überweisungsanschrift hat sich geändert ab _____ ändert sich ab _____

Kontoinhaber _____

Geldinstitut _____

Bankleitzahl _____ Kontonummer _____

Sonstige Überweisungsanschrift _____

Ich habe Rente / sonstige Leistungen (z.B. Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Kinderzuschlag) beantragt.

Art der Leistung _____ ab _____

bei _____ Aktenzeichen _____

(Rentenversicherungsträger / Krankenkasse / sonstiger Träger)

<input type="checkbox"/>	Mir wurde Rente bewilligt ab _____	Höhe der monatlich zustehenden Rente _____	Euro
	Art der Rente _____ (z.B. Rente wegen Alters, Rente wegen Erwerbsminderung, sonstige Rente)		
<input type="checkbox"/>	Mir wurden sonstige Leistungen bewilligt ab _____	Höhe der Leistungen monatlich _____	Euro
	➔ Der jeweils aktuelle Bescheid ist vorzulegen!		
	Art der Leistung _____ (z.B. Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Kinderzuschlag – bitte Kindergeldnummer angeben)		
<input type="checkbox"/>	Änderung der Einkommensverhältnisse ab / seit _____		
	Grund der Änderung: _____		
	Änderungen sind zu belegen <input type="checkbox"/> Anlage Einkommen (EK)/ Einkommensbescheinigung ist beigefügt		
	<input type="checkbox"/> Ich bitte um Übersendung eines Vordruckes		
<input type="checkbox"/>	Die Werbungskosten (z.B. Fahrkosten, doppelte Haushaltsführung etc.) haben sich ab / seit _____ geändert-		
	Grund der Änderung: _____		
<input type="checkbox"/>	Änderung der Vermögensverhältnisse ab / seit _____		
	Grund der Änderung: _____		
	Änderungen sind zu belegen <input type="checkbox"/> Anlage Vermögen (VM) ist beigefügt		
	<input type="checkbox"/> Ich bitte um Übersendung eines Vordruckes		
<input type="checkbox"/>	Ich habe Ansprüche gegen einen Dritten geltend gemacht bzw. durchgesetzt (z.B. Kündigungsschutzklage, Unterhaltsanspruch, Erbsanspruch).		
	wegen _____		
	ab _____	bei _____	Aktenzeichen _____
<input type="checkbox"/>	Die Anzahl der Personen in der Bedarfsgemeinschaft hat sich ab _____ geändert.		

	(Familienname, Vorname, Geburtsdatum)		
	ist <input type="checkbox"/> ausgezogen	<input type="checkbox"/> eingezogen	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
	(z.B. Geburt eines Kindes)		
<input type="checkbox"/>	Bei Einzug: Das neue Mitglied der Bedarfsgemeinschaft verfügt über Einkommen oder Vermögen:		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ➔ Wenn ja, bitte Nachweise beifügen.		
	Die folgende Frage ist nur für Personen zu beantworten, die das 15. Lebensjahr vollendet haben.		
	Kann das neue Mitglied der Bedarfsgemeinschaft – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit nachgehen?		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ➔ Wenn nein, bitte kurz begründen. _____		
<input type="checkbox"/>	Sonstige Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen:		

	(z.B. Familienstand, Kosten der Unterkunft und Heizung, Ortsabwesenheit etc.)		
Bitte beachten Sie			
➔	dass Sie zur Mitteilung sämtlicher Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen verpflichtet sind. Die Entscheidung der rechtlichen Auswirkung wird durch den zuständigen Leistungsträger getroffen.		
➔	die Ausführungen in dem Ihnen ausgehändigten Merkblatt „Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II / Sozialgeld) und/ oder den sonstigen zur Verfügung gestellten Hinweisen.		
➔	dass Änderungen von Sozialleistungen, die vom zuständigen kommunalen Träger zu erbringen sind, in jedem Fall gesondert mitgeteilt werden müssen. Dazu gehören zum Beispiel Sozialhilfe, Wohngeld, Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.		
Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.			
_____	_____	_____	_____
Datum	Unterschrift Antragsteller	Unterschrift hilfebedürftiges Mitglied der Bedarfsgemeinschaft	Unterschrift gesetzlicher Vertreter (falls Antragsteller minderjährig)

Wird durch den Träger ausgefüllt			
<input type="checkbox"/> Zahlung eingestellt	<input type="checkbox"/> Mitteilung an	<input type="checkbox"/> z.d.A.	
<input type="checkbox"/> Zahlung nicht eingestellt	<input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> Fallmanager	<input type="checkbox"/> pAp <input type="checkbox"/> KdU-Träger	<input type="checkbox"/> Wv. Erl. <input type="checkbox"/> Wv: L-St
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Familienkasse	<input type="checkbox"/> BAB-Stelle	
	<input type="checkbox"/> sonstige _____		Hz./Datum _____