

Arbeitslosengeld II / Sozialgeld

Eingang:

Veränderung: Einzug weiterer Mitglieder in die Bedarfsgemeinschaft

1.1 Vertreter/in der Bedarfsgemeinschaft

Vorname: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Wohnort: _____

1.2 Haben die zugezogenen Personen bereits früher Leistungen nach dem SGB II bezogen?

Nein Ja, von _____
(bitte Jobcenter, Zeitraum und Aktenzeichen angeben)

Nachweis: letzter Bewilligungsbescheid und letzter Einstellungsbescheid

1.3 Die zugezogenen Personen haben ihren Lebensunterhalt während der vergangenen Monate sichergestellt durch:

2. Persönliche Daten der zugezogenen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft

Zur Bedarfsgemeinschaft (BG) gehört die Partnerin oder der Partner sowie die dem Haushalt angehörenden unverheirateten Kinder, wenn sie das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, soweit sie die Leistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen beschaffen können. Ferner gehören zur BG die im Haushalt lebenden Eltern oder ein Elternteil eines unverheirateten erwerbsfähigen Kindes, welches das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der/die im Haushalt lebende Partner/in dieses Elternteils.

Personendaten (Verhältnis zum Vertreter/in der Bedarfsgemeinschaft)	Partner/ Partnerin	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil
Name			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum			
ggf. Geburtsname			
Geburtsort			
Geburtsland			
ledig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verheiratet seit			
eingetragene Lebenspartnerschaft seit			
eheähnliche Gemeinschaft seit			

dauernd getrennt lebend seit			
geschieden seit			
verwitwet seit			
Staatsangehörigkeit			
Aufenthalt in Deutschland seit			
Aufenthaltstitel gültig bis			
Kundennummer Agentur für Arbeit			
Sozialversicherungsnummer			
Person steht unter Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Nachweise:

- gültige Ausweisdokumente (z.B. Personalausweis, Pass)
- aktuelle Meldebescheinigungen
- Arbeitsgenehmigung
- Nachweis Sozialversicherungsnummer (z.B. Sozialversicherungsausweis)
- Betreuerausweis

3. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung

Angaben zur Person	Partner/ Partnerin	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil
Sind Sie - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben? <i>(Angabe erforderlich ab 15)</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Wenn nein, weil	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Wenn nein, weil	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Wenn nein, weil
Befinden Sie sich zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt ein Grad der Behinderung vor?	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____
Sind Sie Schüler/ Student?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie in einer beruflichen Ausbildung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Nachweise:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> aktuelle ärztliche Unterlagen | <input type="checkbox"/> gültige Schul- oder Studienbescheinigung |
| <input type="checkbox"/> Nachweis über Aufenthalt in einer stationären Einrichtung | <input type="checkbox"/> Ausbildungsvertrag |

4. Sozialversicherung

Kranken- und Pflegeversicherung	Partner/ Partnerin	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil
besteht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
Name und Sitz der Krankenversicherung			
Versichertennummer			

Rentenversicherung			
Sind Sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, sind Sie von der Rentenversicherungspflicht befreit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Nachweise:

- bei Personen, die nicht oder privat krankenversichert sind, ist die Anlage Sozialversicherung auszufüllen
- Krankenversichertenkarte(n)
- Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse

5. Mehrbedarf (Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, sofern Sie einen Mehrbedarf beanspruchen)

Art des Mehrbedarfs	Partner/ Partnerin	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil
bei Schwangerschaft berechneter Entbindungstermin:			
behinderter Mensch erhält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Eingliederungshilfen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
nicht erwerbsfähig und Ausweis mit Merkzeichen G	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
benötigt aus medizinischen Gründen kostenaufwändige Ernährung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Nachweise:

- Mutterpass
- Bewilligungsbescheid über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Eingliederungshilfen
- Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen G
- vom Hausarzt ausgefülltes Beiblatt „Kostenaufwändige Ernährung“

6. Außerhalb des Haushaltes lebende Unterhaltspflichtige:

(getrennt lebender/geschiedener Ehegatte, getrennt lebender Lebenspartner nach dem LPartG, Eltern, Vater / Mutter eines (nicht-) ehelichen Kindes etc.)

Name	Vorname	Anschrift	Verwandtschaftsverhältnis

Nachweise: Anlage Unterhaltspflicht**7. Einkommensverhältnisse**

7.1 Einnahmen aus	Partner/ Partnerin	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I	€ / tägl. _____	€ / tägl. _____	€ / tägl. _____
Beginn und Ende des ALG I Bezugs			
Sperrzeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja,	von _____	von _____	von _____
	bis _____	bis _____	bis _____
<input type="checkbox"/> Insolvenzgeld	€	€	€
<input type="checkbox"/> BAB/ Ausbildungsgeld	€	€	€
<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem BAföG	€	€	€
<input type="checkbox"/> Kindergeld	€	€	€
<input type="checkbox"/> Elterngeld	€	€	€
<input type="checkbox"/> Mini-Job(s) bis 450 €	€ Anzahl: _____	€ Anzahl: _____	€ Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Lohn / Gehalt Ausbildungsvergütung	€ brutto	€ brutto	€ brutto
	€ netto	€ netto	€ netto
Erhalten Sie Einmalzahlungen, z.B. Urlaubs-/Weihnachtsgeld?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> nebenberufliche Tätigkeit als Übungsleiter, Ausbilder o.ä.	€	€	€

<input type="checkbox"/> Freiwilligendienst	€	€	€
<input type="checkbox"/> selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb oder Land- und Forstwirtschaft	€	€	€
<input type="checkbox"/> Kapitalerträge	€	€	€
<input type="checkbox"/> Vermietung u. Verpachtung	€	€	€
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld	€	€	€
<input type="checkbox"/> Krankengeld / Mutterschaftsgeld	€	€	€
<input type="checkbox"/> Unterhalt / Unterhaltsvorschuss	€	€	€
<input type="checkbox"/> Altersrente / Pension	€	€	€
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente	€	€	€
<input type="checkbox"/> Witwen / Waisenrente	€	€	€
<input type="checkbox"/> Unfallrente / Verletztengeld	€	€	€
<input type="checkbox"/> Ausländische Rente Betrag / Währung			
<input type="checkbox"/> sonstige Einnahmen: _____	€	€	€
Person hat	<input type="checkbox"/> keine Einnahmen	<input type="checkbox"/> keine Einnahmen	<input type="checkbox"/> keine Einnahmen

Erwarten Sie eine			
<input type="checkbox"/> Steuererstattung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Erbschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Prämienersatzung der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Abfindung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Lohnnachzahlung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, in welcher Höhe?	_____ €	_____ €	_____ €
von wem?			

7.2 Aufwendungen für	Partner/ Partnerin	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil
<input type="checkbox"/> Fahrtkosten zum Arbeitsplatz Kürzeste Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsplatz Arbeitstage in der Woche	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel € _____ mtl.	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel € _____ mtl.	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel € _____ mtl.
	<input type="checkbox"/> PKW Km _____ _____ Tage	<input type="checkbox"/> PKW Km _____ _____ Tage	<input type="checkbox"/> PKW Km _____ _____ Tage
	<input type="checkbox"/> sonstige Aufwendungen durch das Arbeitsverhältnis Art: _____	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Mehraufwendungen für Verpflegung wegen einer täglichen Abwesenheit von mindestens 12 Stunden von der Wohnung bzw. dem üblichen Beschäftigungsort, ohne dass eine doppelte Haushaltsführung vorliegt	Anzahl der Arbeitstage im Monat: _____	Anzahl der Arbeitstage im Monat: _____	Anzahl der Arbeitstage im Monat: _____
<input type="checkbox"/> Kfz-Haftpflichtversicherung	€ _____ mtl.	€ _____ mtl.	€ _____ mtl.
<input type="checkbox"/> weitere gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen (z. B. Haftpflichtversicherung für bestimmte Berufsgruppen wie Rechtsanwälte oder Hebammen)	€ _____ mtl.	€ _____ mtl.	€ _____ mtl.
<input type="checkbox"/> Altersvorsorgebeiträge, z.B. „Riester-Rente“, Pensionskasse, Direktversicherung	€ _____ mtl.	€ _____ mtl.	€ _____ mtl.
<input type="checkbox"/> Zahlungen an eine unterhaltsberechtigte Person außerhalb der Bedarfsgemeinschaft auf Grund eines Unterhaltstitels	<input type="checkbox"/> Kindesunterhalt € _____	<input type="checkbox"/> Kindesunterhalt € _____	<input type="checkbox"/> Kindesunterhalt € _____
	<input type="checkbox"/> Ehegattenunterhalt € _____	<input type="checkbox"/> Ehegattenunterhalt € _____	<input type="checkbox"/> Ehegattenunterhalt € _____

Nachweise:

<input type="checkbox"/> Fragebogen zur Erfassung Selbständiger	<input type="checkbox"/> sämtliche Kontoauszüge der letzten 3 Monate
<input type="checkbox"/> neuester Einkommensteuerbescheid	<input type="checkbox"/> Nachweis Kindergeld (sofern nicht auf Kontoauszügen)
<input type="checkbox"/> Lohnabrechnungen der letzten 6 Monate	<input type="checkbox"/> letzter Rentenbescheid
<input type="checkbox"/> Lohnabrechnungen mit Urlaubs-/ Weihnachtsgeld	<input type="checkbox"/> Nachweis Auslandsrente
<input type="checkbox"/> Bescheid über Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> Nachweis Unterhalt
<input type="checkbox"/> Bescheid über BAB/Ausbildungsgeld/BAföG	<input type="checkbox"/> Bescheid über Leistungen nach dem UVG
<input type="checkbox"/> Bescheid über Leistungen der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Elterngeldbescheid
<input type="checkbox"/> Monatsfahrkarte ÖPNV	<input type="checkbox"/> neueste Beitragsrechnung Kfz-Haftpflichtvers.
<input type="checkbox"/> Nachweis Altersvorsorgebeiträge	<input type="checkbox"/> neueste Beitragsrechnung _____ vers.
<input type="checkbox"/> Unterhaltstitel und Nachweis Unterhaltszahlungen	<input type="checkbox"/> _____

8. Beantragte Sozialleistungen, sonstige Ansprüche gegenüber früheren Arbeitgebern oder Dritten

Art der Sozialleistung / Art des Anspruchs	Partner/ Partnerin	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil
Es wurde Kindergeld / Kinderzuschlag beantragt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Es wurde Wohngeld beantragt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere gestellte Anträge, z.B. Rente, ALG I, BAföG? Wenn ja, welche Leistung bei welcher Stelle	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____
Bestehen Ansprüche gegenüber früheren Arbeitgebern? (z.B. ausstehender Lohn) Wenn ja, bitte Anschrift des Arbeitgebers angeben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____
Bestehen Ansprüche gegen Dritte, z.B. Versicherungen, Schadenersatz, Erbsprüche? Wenn ja, Art des Anspruchs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____
Wurde die Hilfebedürftigkeit durch einen Unfall verursacht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Nachweise:

- Unfall-Fragebogen
- Beleg über die Geltendmachung des Anspruchs

9. Vermögensverhältnisse

Vermögen	Partner/ Partnerin	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil
Vorhandenes Bargeld über 100 Euro Wenn ja, Betrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein € _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein € _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein € _____
Girokonten, virtuelle Konten (z.B. PayPal) Wenn ja, aktueller Betrag Geldinstitute Kontonummern	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein € _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein € _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein € _____ _____ _____

<p>Sparbücher, Sparkonten, Tagesgeldkonten u.ä.</p> <p>Wenn ja, aktuelles Guthaben</p> <p>Geldinstitute</p> <p>Kontonummern</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>€ _____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>€ _____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>€ _____</p> <p>_____</p>
<p>Sparbriefe, Sonstige Wertpapiere wie Aktien, Fonds etc.</p> <p>Wenn ja, derzeitiger Wert</p> <p>Art der Anlage(n)</p> <p>Geldinstitute</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>€ _____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>€ _____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>€ _____</p> <p>_____</p>
<p>Bausparverträge</p> <p>Wenn ja, angesparte Summen</p> <p>Bausparkassen</p> <p>Vertragsnummern</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>€ _____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>€ _____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>€ _____</p> <p>_____</p>
<p>Kapitallebensversicherungen/ private Rentenversicherungen</p> <p>Wenn ja,</p> <p>Anzahl der Versicherungen</p> <p>Versicherungsunternehmen</p> <p>Auszahlungsbeträge bei Rück- oder Verkauf</p> <p>bisher eingezahlte Beiträge</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>€ _____</p> <p>€ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>€ _____</p> <p>€ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>€ _____</p> <p>€ _____</p>
<p>Altersvorsorgevermögen (z.B. „Riester-Rente o.ä.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Kraftfahrzeuge</p> <p>Wenn ja, Kennzeichen</p> <p>Modell</p> <p>Erstzulassung</p> <p>Km-Stand</p> <p>geschätzter Wert</p> <p>bestehender Kredit</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>€ _____</p> <p>€ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>€ _____</p> <p>€ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>€ _____</p> <p>€ _____</p>

Sonstiges Vermögen, z.B. Betriebsvermögen aus ehemaliger selbständiger Tätigkeit, Edelmetalle, usw. Wenn ja, Bezeichnung Vermögenswert		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ € _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ € _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ € _____		
Kontoauflösungen im letzten Jahr vor Antragstellung Wenn ja, Konto Institut		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____		
Wurde Vermögen im In- und Ausland innerhalb der letzten 10 Jahre verschenkt oder gespendet oder auf eine andere Person übertragen? Hierzu gehört auch die Übergabe eines Haus- oder Grundbesitzes Wenn ja, Name der Beschenkten Art des Vermögens Zeitpunkt der Übergabe Wert		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____ € _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____ € _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____ € _____		
Bebaute und unbebaute Grundstücke		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja,	Name, Vorname des Eigentümers	Ort	Flur/Flurstück	Größe in m²	Verkehrswert	Bestehende Grundschuld
<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus					€	€
<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus					€	€
<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung					€	€
<input type="checkbox"/> Bauland					€	€
<input type="checkbox"/> Gartenland					€	€
<input type="checkbox"/> land- und forstwirtschaftliches Grundstück					€	€
<input type="checkbox"/> land- und forstwirtschaftliches Grundstück					€	€

Es sind weitere Grundstücke vorhanden (siehe gesonderte Aufstellung)

Wurde Vermögen abgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Bezeichnung	_____	_____	_____
Vermögenswert	€ _____	€ _____	€ _____

Person hat (ohne Girokonto)	<input type="checkbox"/> kein Vermögen	<input type="checkbox"/> kein Vermögen	<input type="checkbox"/> kein Vermögen
------------------------------------	---	---	---

Nachweise:

<input type="checkbox"/> Kopie Sparbuch	<input type="checkbox"/> Fahrzeugschein/ Zulassungsbescheinigung Teil I für Kraftfahrzeuge _____
<input type="checkbox"/> Kontoauszug Sparkonto, Tagesgeldkonto	<input type="checkbox"/> Schuldenstand Darlehen für Kraftfahrzeug
<input type="checkbox"/> Wertpapier-Depotauszug (Aktien, Fonds, Anleihen)	<input type="checkbox"/> Aufstellung ehemaliges Betriebsvermögen
<input type="checkbox"/> Kontoauszug Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> Aufstellung Edelmetalle, Antiquitäten u.ä.
<input type="checkbox"/> Versicherungsschein Lebens-/Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Nachweis Kontoauflösung
<input type="checkbox"/> Ergänzungsbogen Lebens-/Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Nachweis Schenkung, z.B. Übergabevertrag
<input type="checkbox"/> Vertrag/ Kontostand Altersvorsorgevermögen	<input type="checkbox"/> Nachweis Vermögensabtretung
<input type="checkbox"/> weitere Aufstellung aller vorhandenen Grundstücke	<input type="checkbox"/> Nachweis über die Höhe der bestehenden, durch Grundschuld abgesicherten Darlehen
<input type="checkbox"/> Grundbuchauszug aller bebauten und unbebauten Grundstücke	<input type="checkbox"/> Nachweis Grundstücks-Verkehrswert (z.B. Kaufvertrag)
<input type="checkbox"/> weitere Aufstellung aller vorhandenen Grundstücke	

10. In den nächsten Monaten ergeben sich für uns jetzt schon bekannte Änderungen:

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und richtig gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – **insbesondere Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungsverhältnisse** – unverzüglich und unaufgefordert der KVA Kommunales Jobcenter mitzuteilen. Mir ist bekannt, dass sich diese Verpflichtung auch auf alle weiteren Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft bezieht. Dies gilt auch für die Richtigkeit der durch mich und die Antragsannahme vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen. Nach §§ 60-67 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I) bin ich zur Mitwirkung verpflichtet. Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung führen. Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist. Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatischen Datenverarbeitung gespeichert werden. Mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten bin ich einverstanden. Weiterhin werden Personen, die Leistungen nach dem SGB II beziehen, regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs überprüft, ob und in welcher Höhe und für welche Zeiträume von Ihnen Leistungen der Bundesagentur für Arbeit oder der Träger der Unfall- und Rentenversicherung oder durch andere Sozialleistungsträger bezogen wurden oder werden. Zusätzlich wird eine Überprüfung von erteilten Freistellungsaufträgen beim Bundesamt für Finanzen durchgeführt.

Ort, Datum

Unterschrift Antrag stellende Person

Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in (falls Antragsteller/in minderjährig)

Zusätzlich: Hiermit erkläre ich, dass die Antrag stellende Person als Vertreter/in der Bedarfsgemeinschaft berechtigt bzw. bevollmächtigt ist, in meinem Namen und für mich Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II) zu beantragen, für mich sämtliche Bescheide, die im Rahmen der Leistungen nach dem SGB II erlassen werden sowie Leistungen nach dem SGB II entgegenzunehmen und maßgebliche Rechtsbehelfe einzulegen.

Unterschrift 1. zugezogenes Mitglied der BG

Unterschrift 2. zugezogenes Mitglied der BG

Unterschrift 3. zugezogenes Mitglied der BG