

Bezug von Bürgergeld

Veränderung: Einzug weiterer Personen in die Bedarfsgemeinschaft

Eingang:

Aktenzeichen:

1. Vertreter/in der Bedarfsgemeinschaft

Vorname:	
Name:	
Geburtsdatum:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Wohnort:	

2. Haben die zugezogenen Personen in den letzten 3 Jahren Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII erhalten?

Nein Ja, von

Jobcenter/ Sozialamt:	
für die Zeit von - bis:	

Nachweis: letzter Bewilligungsbescheid und Einstellungsbescheid

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

4. Persönliche Daten der zugezogenen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft

Zur Bedarfsgemeinschaft (BG) gehört die Partnerin oder der Partner sowie die dem Haushalt angehörnden 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"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt
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			
Aufenthaltsstittel gültig bis			
Kundennummer Agentur für Arbeit			

Nachweise:

- gültige Ausweisdokumente (z.B. Personalausweis, Pass)
- aktuelle Meldebescheinigung

5. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung

Angaben zur Person	Partner/ Partnerin	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil
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
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 <hr/> Wenn nein, weil	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/> Wenn nein, weil	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/> 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 in einer schulischen oder 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
Wenn ja, voraussichtlich bis			
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

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 |

6. 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			
Sozialversicherungsnummer			
Ich bin von der Rentenversicherungspflicht befreit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nachweise:

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

7. 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:			
Mensch mit Behinderung 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
kostenaufwändige Ernährung aus medizinischen Gründen	<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
- bei kostenaufwändiger Ernährung separates Antragsformular

8. 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**9. Einkommensverhältnisse**

Einnahmen aus	Partner/ Partnerin	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld	täglich _____ €	täglich _____ €	täglich _____ €
Beginn und Ende des Arbeitslosengeldbezugs			
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) (geringfügig beschäftigt)	_____ € 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
Wurde Kurzarbeit eingeführt?	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____
<input type="checkbox"/> nebenberufliche Tätigkeit als Übungsleiter, Ausbilder o.ä.	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Freiwilligendienst	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb oder Land- und Forstwirtschaft	_____ €	_____ €	_____ €

Einnahmen aus	Partner/ Partnerin	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil
<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 und 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	Partner/ Partnerin	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil
<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?	_____ €	_____ €	_____ €

Aufwendungen für	Partner/ Partnerin	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil	Kind unter 25 / Vater/ Mutter/ Partner Elternteil
<input type="checkbox"/> Fahrtkosten zum Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel _____ € mtl.	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel _____ € mtl.	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel _____ € mtl.
Kürzeste Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> PKW _____ km	<input type="checkbox"/> PKW _____ km	<input type="checkbox"/> PKW _____ km
Arbeitstage in der Woche	_____ Tage	_____ Tage	_____ 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 unterhaltsberechtigten 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	<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"/> Unterhaltstitel und Nachweis Unterhaltszahlungen

10. 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

11. Vermögensverhältnisse nach Einzug weiterer Mitglieder in die Bedarfsgemeinschaft

Angaben zur Feststellung der Vermögensverhältnisse der zugezogenen Personen habe ich in der **Anlage Vermögen** (Selbstauskunft) gemacht.

Nachweise:

- Anlage Vermögen (Selbstauskunft)

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

13. Erklärungen und Unterschrift der Antrag stellenden Person

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 Vogelsbergkreis, 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 die 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)

14. Erklärung zur Vertretungsvermutung nach § 38 SGB II

Hiermit erkläre ich, dass die Antrag stellende Person als Mitglied 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.

Die Angaben in diesem Formular sind vollständig und richtig.

Durch diese Erklärung werde ich nicht von meiner Verpflichtung entbunden, sicherzustellen, dass der KVA alle Änderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen oder sonstigen für die Entscheidung über SGB II Leistungen maßgeblichen Tatsachen und Änderungen unverzüglich mitgeteilt und die erforderlichen Unterlagen eingereicht werden.

Unterschrift 1. zugezogenes Mitglied der BG

Unterschrift 2. zugezogenes Mitglied der BG

Unterschrift 3. zugezogenes Mitglied der BG