

# Veränderungsmitteilung - Arbeitslosengeld II / Sozialgeld -

Füllen Sie diese Anlage bitte (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus.

Wenn die Veränderungen mehrere Personen betreffen, ist für jede Person eine gesonderte Veränderungsmitteilung erforderlich - gilt nicht bei Umzug der gesamten Bedarfsgemeinschaft in eine gemeinsame neue Wohnung -.

Dienststelle	Eingangsstempel
Team	

Nummer der Bedarfsgemeinschaft \_\_\_\_\_  
Familiename, Vorname  
der Antragstellerin/des Antragstellers \_\_\_\_\_

**Antragstellerin/Antragsteller** (Bevollmächtigter)  
 **In der Bedarfsgemeinschaft lebende Person** Name der Person \_\_\_\_\_  
Kundennummer (Antragstellerin/Antragsteller bzw. in der Bedarfsgemeinschaft lebende Person) \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_ Euro; Nettoentgelt mtl. ca. \_\_\_\_\_ Euro)  
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/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.)

**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 dem 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)

Mir wurde Rente bewilligt ab \_\_\_\_\_ Höhe der monatlich zustehenden Rente \_\_\_\_\_ Euro  
Art der Rente \_\_\_\_\_  
(z. B. Rente wegen Alters, Rente wegen Erwerbsminderung, sonstige Rente)

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)

Änderung der Einkommensverhältnisse ab/seit \_\_\_\_\_  
 Grund der Änderung \_\_\_\_\_  
 Änderungen sind zu belegen  Anlage EK (Einkommen)/Einkommensbescheinigung ist/sind beigefügt.  
 Ich bitte um Übersendung eines Vordruckes.

Die Werbungskosten (z. B. Fahrkosten, doppelte Haushaltsführung etc.) haben sich ab/seit \_\_\_\_\_ geändert.  
 Grund der Änderung \_\_\_\_\_

Änderung der Vermögensverhältnisse ab/seit \_\_\_\_\_  
 Grund der Änderung \_\_\_\_\_  
 Änderungen sind zu belegen  Anlage VM (Vermögen) ist beigefügt.  
 Ich bitte um Übersendung eines Vordruckes

Ich habe Ansprüche gegen einen Dritten geltend gemacht bzw. durchgesetzt (z. B. Kündigungsschutzklage, Unterhaltsanspruch, Erbsanspruch) wegen \_\_\_\_\_  
 ab \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Die Anzahl der Personen in der Bedarfsgemeinschaft hat sich ab \_\_\_\_\_ geändert.  
 \_\_\_\_\_  
 (Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Verhältnis zum/zur Antragsteller/in, z. B. Ehegatte, Sohn)  
 ist  ausgezogen  eingezogen  Sonstiges \_\_\_\_\_  
 (z. B. Geburt eines Kindes)

**Bei Einzug:**  
 Das neue Mitglied der Bedarfsgemeinschaft verfügt über Einkommen oder Vermögen:  
 ja  nein Wenn ja, bitte Anlage EK bzw. Anlage VM und entsprechende 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?  
 ja  nein Wenn nein, bitte kurz begründen: \_\_\_\_\_

**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 stehenden gestellten Hinweisen.
- dass Änderungen von Sozialleistungen, die vom zuständigen **kommunalen** Träger zu erbringen sind, in jedem Fall gesondert mitgeteilt werden müssen. Dazu gehören z. B. Sozialhilfe, Wohngeld, Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller	Unterschrift des hilfebedürftigen Mitglieds der Bedarfsgemeinschaft	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller
-----------	-----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Wird durch den Träger ausgefüllt

<input type="checkbox"/> Zahlung eingestellt	Mitteilung an	<input type="checkbox"/> Leistungsbereich	<input type="checkbox"/> z.d.A.
<input type="checkbox"/> Zahlung nicht eingestellt	<input type="checkbox"/> Integrationsfachkraft	<input type="checkbox"/> KdU-Träger	<input type="checkbox"/> Wv. Erl.
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Familienkasse	<input type="checkbox"/> BAB-Stelle	<input type="checkbox"/> Wv. L-St
	<input type="checkbox"/> sonstige _____		Hz./Datum _____
	Erfassung in <input type="checkbox"/> zPdV	<input type="checkbox"/> Verbis	<input type="checkbox"/> A2LL
			Hz./Datum _____