


# 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 -.

	Eingangsstempel
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------

Die Antragsformulare und Ausfüllhinweise finden Sie auch im Internet unter [www.jobcenter-blk.de](http://www.jobcenter-blk.de) unter der Rubrik "Vordrucke / Formulare > Download > Leistungen".  
Den Ausfüllhinweisen können Sie zur jeweiligen Nummer weitere Informationen entnehmen 5

**1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers**

Nummer der Bedarfsgemeinschaft/Aktenzeichen

Anrede  Vorname

Familienname  Geburtsdatum

**2. Weitere Personen im Haushalt**

In meinem Haushalt wohnt/wohnen neben mir  weitere Person/en. 14

Hiervon gehört/gehören  Person/en zu meiner Bedarfsgemeinschaft. 10

**2a** Hat sich Ihr bzw. der Familienstand eines Mitgliedes Ihrer Bedarfsgemeinschaft geändert bzw. wird  ja  nein sich dieser ändern?

Wenn ja, tragen Sie bitte die Name der Personen, Art und Zeitpunkt der Änderung ein.

Name der Person	Art der Änderung	Zeitpunkt der Änderung
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

➤ Füllen Sie bitte bei Einzug von Verwandten oder Verschwägerten (z. B. Großeltern, Geschwister, Onkel, Tante, Nefte) **Anlage HG** aus. Bei Einzug von nicht verwandten Personen füllen Sie bitte **Anlage VE** aus.

**2b** Ist eine Person oder sind mehrere Personen Ihrer Bedarfsgemeinschaft ein- bzw. ausgezogen?  ja  nein

Wenn ja, Änderungen bitte nachfolgend eintragen.

Name	Vorname	Eingezogen am	Ausgezogen am
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

➤ Bitte legen Sie eine Meldebescheinigung für jede Person vor, die zur Bedarfsgemeinschaft hinzugekommen ist, und füllen Sie bitte die **Anlage WEP**, für Kinder unter 15 Jahren die **Anlage KI**, aus. Zusätzlich werden die **Anlagen EK** und **VM** benötigt.

**2c** Wird Ihre Bedarfsgemeinschaft in eine neue Wohnung ziehen bzw. ist Ihre Bedarfsgemeinschaft in  ja  nein eine neue Wohnung gezogen?

Wenn ja, Änderungen bitte nachfolgend eintragen.

Straße, Hausnummer:

Datum Umzug:

Ggf. wohnhaft bei wem

Postleitzahl:

Wohnort:

➤ Füllen Sie bitte die **Anlage KDU** aus.

### **Wichtig:**

Bitte teilen Sie dem Jobcenter den beabsichtigten Umzug vorab mit, um leistungsrechtliche Nachteile zu vermeiden. Ist für den neuen Wohnort ein anderes Jobcenter zuständig, sind zur Vermeidung von Nachteilen eine persönliche Vorsprache bei diesem und ggf. eine neue Antragstellung erforderlich. Wird infolge eines Umzugs eine neue Bedarfsgemeinschaft begründet, ist für diese neue Bedarfsgemeinschaft eine gesonderte Antragstellung beim zuständigen Jobcenter erforderlich. Bleibt für den neuen Wohnort das bisherige Jobcenter zuständig, ist die Kopie des Mietvertrages und eine Mietbescheinigung vorzulegen

### **3. Personen, auf die sich die nachfolgenden Angaben beziehen (4.- 7.)**

Familienname

Vorname

### **4. Einkommen**

#### **4a Erwerbseinkommen**

Ich nehme eine Tätigkeit/Ausbildung auf

Art der Tätigkeit:

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

Beginn der Tätigkeit:

Befristete Tätigkeit bis:

Arbeitsentgelt Brutto

Euro

Arbeitsentgelt Netto

Euro

Wöchentliche Arbeitszeit:

Fälligkeit des ersten Arbeitsentgelts:

Änderung bei einer laufenden Erwerbstätigkeit

Art der Tätigkeit:

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

Beginn der Tätigkeit:

Befristete Tätigkeit bis:

Arbeitsentgelt Brutto

Euro

Arbeitsentgelt Netto

Euro

Wöchentliche Arbeitszeit:

Fälligkeit des ersten Arbeitsentgelts:

➤ Bitte füllen Sie die **Anlage EK** – bei selbständiger Tätigkeit **zusätzlich** die **Anlage EKS** – aus

#### **4b Sonstige Einkommen**

z.B. Rente, Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Elterngeld, Mutterschaftsgeld, Kinderzuschlag, Kindergeld, Wohngeld, Steuerrückerstattungen, Insolvenzgeld, Zinsen, Unterhalt, Erbschaften oder Schenkungen

Ein weiteres Einkommen ist hinzugekommen bzw. wird hinzukommen

Eine Änderung im Einkommen ist eingetreten bzw. wird eintreten.

Grund der Änderung:

Datum der Änderung:

➤ Bitte füllen Sie die **Anlage EK** aus.

**4c Absetzungen vom Einkommen**

- Die Werbungskosten (z.B. Fahrkosten, doppelte Haushaltsführung) haben sich geändert bzw. werden sich ändern.

Grund der Änderung:

Datum der Änderung

Höhe der Änderung

Euro

- Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

**5. Krankenkasse**

- Die Krankenkassenzugehörigkeit hat sich geändert/ändert sich ab

Name und Sitz der neu gewählten Krankenkasse:

Krankenversicherungsnummer (falls bekannt):

- Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor. Ersatzweise können Sie auch Ihre gültige elektronische Gesundheitskarte vorlegen.

**6. Bankverbindung**

- Meine Bankverbindung/Überweisungsanschrift hat sich geändert bzw. wird sich ändern

Name des Kontoinhabers:

Kreditinstitut:

IBAN     |     |     |     |     |

BIC:     |     |    Datum der Änderung:

Sonstige Überweisungsanschrift:

**7. Leistungen für Bildung und Teilhabe**

Für  mich  mein Kind  meine Kinder

	Name	Vorname	Geburtsdatum
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

konkretisiere ich die Leistungen aus dem Bildungs- und Teilhabepaket nach § 28 SGB II für

- eintägige Ausflüge der Schule / Kindertageseinrichtung für die unter 7. lfd. Nr.  genannte Person

- Bitte legen Sie die Bestätigung der Schule bzw. der Kindertageseinrichtung über Art, Dauer und Kosten des Ausfluges vor.

- mehrtägige Klassenfahrt / mehrtägige Kitafahrt für die unter 7. lfd. Nr.  genannte Person

- Bitte legen Sie die Bestätigung der Schule bzw. der Kindertageseinrichtung über Art, Dauer und Kosten der Klassenfahrt / Kitafahrt vor.

persönlichen Schulbedarf für die unter 7. lfd. Nr.  genannte Person

➤ bei Besuch einer allgemeinbildenden Schule fügen Sie bitte zur Einschulung und ab Vollendung des 15. Lebensjahres einen Nachweis über den Schulbesuch (Schulbescheinigung) bei.

Schülerbeförderungskosten für die unter 7. lfd. Nr.  genannte Person

➤ Bitte fügen Sie einen Nachweis über die Kosten bei, die nicht von einem Dritten (z.B. Schulamt) finanziert werden

Die Kosten hierfür betragen  Euro  im Monat  im Quartal  im Halbjahr  im Jahr

gemeinschaftliche Mittagsverpflegung in der  Schule  Kindertageseinrichtung

Name der Schule/Kindertageseinrichtung:

für die unter 7. lfd. Nr.  genannte Person.

nimmt regelmäßig an dem in der Schule angebotenen gemeinschaftlichen Mittagessen teil.

besucht im Zeitraum von  bis  eine Kindertageseinrichtung und nimmt am gemeinschaftlichen Mittagessen teil.

**Hinweis:** Besucht Ihr Kind während der Ferienzeiten den Hort und erfolgt dort die Versorgung durch einen anderen Essenanbieter, so ist dies gesondert mitzuteilen.

Name und Anschrift des Leistungsanbieters/Essenversorgers

zur Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben für die unter 7. lfd. Nr.  genannte Person

➤ Bitte fügen Sie einen Nachweis über die Kosten bei.

Für die unter 7. genannte Person	Zeitraum von	Zeitraum bis	Aktivität/Vereinsmitgliedschaft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die Kosten hierfür betragen  Euro  im Monat  im Quartal  im Halbjahr  im Jahr

### 8. Weitere Änderungen

Bitte geben Sie hier alle Änderungen an, die Sie noch nicht mitgeteilt haben, z.B. wenn

- ◆ Sie oder ein Mitglied der Bedarfsgemeinschaft eine eheähnliche Gemeinschaft begründet oder Sie sich von der Partnerin/dem Partner getrennt haben,
- ◆ sich Änderungen zur Kranken- und Pflegeversicherung ergeben oder ergeben haben und/oder
- ◆ sich Änderung zum Vermögen ergeben oder ergeben haben → bitte füllen Sie die **Anlage VM** aus
- ◆ Änderung des Familienstandes
- ◆ Änderungen hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit
- ◆ Aufnahme einer Ausbildung oder eines Studiums
- ◆ Unterbringung in einer stationären Einrichtung
- ◆ Änderungen für die Gewährung eines Mehrbedarfs
- ◆ gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlichen Behandlungsfehler, tätliche Auseinandersetzung)
- ◆ Ansprüche gegen Dritte, z. B. vertragliche Zahlungsansprüche

(keine abschließende Aufzählung)

- Folgende weitere Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen sind eingetreten bzw. werden eintreten:

Name der Person:	<input type="text"/>	Zeitpunkt der Änderung:	<input type="text"/>
Änderung:	<input type="text"/>		
Name der Person:	<input type="text"/>	Zeitpunkt der Änderung:	<input type="text"/>
Änderung:	<input type="text"/>		
Name der Person:	<input type="text"/>	Zeitpunkt der Änderung:	<input type="text"/>
Änderung:	<input type="text"/>		

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller	Ort, Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller