

Veränderungsmitteilung

Veränderungsmitteilung bei Bezug von Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)



Zutreffendes bitte ankreuzen



Weitere Informationen finden Sie zu der jeweiligen Nummer in den Ausfüllhinweisen

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe „Merkblatt SGB II“). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 - 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter

Bitte füllen Sie für jede Person eine gesonderte Veränderungsmitteilung aus. Dies gilt nicht bei Umzug der gesamten Bedarfsgemeinschaft in eine gemeinsame neue Wohnung. Bitte tragen Sie Änderungen nur für den Zeitraum ein, für den Ihnen bereits Leistungen bewilligt wurden.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft	

2. Weitere Person/en in meinem Haushalt

In meiner Unterkunft wohnt/wohnen insgesamt _____ Person/en.

Mein bzw. der Familienstand eines Mitglieds meiner Bedarfsgemeinschaft hat sich geändert bzw. wird sich ändern.

Name der Person	Art der Änderung	Tag der Änderung
-----------------	------------------	------------------

Meine gesamte Bedarfsgemeinschaft wird am _____ in eine neue Wohnung ziehen bzw. ist bereits zu dem Tag in eine neue Wohnung gezogen.

► Bitte füllen Sie die _____ aus.

Eine oder mehrere Person/en meiner Bedarfsgemeinschaft oder Haushaltsgemeinschaft ist/sind ein- oder ausgezogen bzw. wird/werden ein- oder ausziehen.

Vorname	Familienname
Einzug am	Auszug am

- Bitte legen Sie eine Meldebescheinigung für jede Person vor, die eingezogen ist.
- Füllen Sie bitte für Ihre Partnerin/Ehegattin bzw. Ihren Partner/Ehegatten sowie für unverheiratete Kinder zwischen 15 und 24 Jahren die _____ aus.
- Für unverheiratete Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte die _____ aus.
- Für sonstige Verwandte oder Verschwägerte (zum Beispiel Großeltern, Geschwister über 25 Jahre, verheiratete Kinder, Tanten oder Onkel) reichen Sie bitte die _____ ein.

Wichtige Hinweise zum Thema Umzug:

Bitte teilen Sie Ihrem 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 gegebenenfalls eine neue Antragstellung erforderlich. Wird infolge eines Umzugs eine neue Bedarfsgemeinschaft begründet, ist für diese neue Bedarfsgemeinschaft eine gesonderte Antragstellung bei dem zuständigen Jobcenter erforderlich.



VÄM

2

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Anlage KDU

Meldebescheinigung

Anlage WEP

Anlage KI

Anlage HG

3. Person, auf die sich die nachfolgenden Angaben beziehen (4. – 8.)

Vorname	Familiename
---------	-------------

4. Einkommen ○

4.1 Arbeitseinkommen aus Erwerbstätigkeit (haupt- und nebenberuflich/Minijob)

- Aufnahme einer neuen Erwerbstätigkeit
- Änderung bei einer laufenden Erwerbstätigkeit
- Beendigung einer laufenden Erwerbstätigkeit

▶ Bitte nur Änderungen in die betroffenen Felder eintragen.

Name und Firmenanschrift des Arbeitgebers

Beginn der Tätigkeit/Ausbildung	Befristete Tätigkeit bis
---------------------------------	--------------------------

Arbeitsentgelt (brutto) in Euro	Arbeitsentgelt (netto) in Euro
---------------------------------	--------------------------------

Wöchentliche Arbeitszeit	Fälligkeit des ersten Arbeitsentgelts
--------------------------	---------------------------------------

▶ Bitte füllen Sie die – bei selbständiger Tätigkeit **zusätzlich** die – aus.

- Anlässlich der Arbeitsaufnahme hat sich die Krankenkassenzugehörigkeit geändert.

Name der Krankenkasse

Krankenversicherturnummer (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.

4.2 Sonstiges Einkommen

- ▶ z. B. Rente, Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Elterngeld, Mutterschaftsgeld, Kinderzuschlag, Wohngeld, Steuerrückerstattungen, Insolvenzgeld, Zinsen, Erbschaften oder Schenkungen
- ▶ Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II, die vom Jobcenter erbracht werden, zählen nicht zum Einkommen und sind hier nicht anzugeben.

- Ein weiteres Einkommen ist hinzugekommen bzw. wird hinzukommen.
- Eine Änderung im Einkommen ist eingetreten bzw. wird eintreten.

Grund der Änderung

Einkommensart

Tag der Änderung

▶ Bitte füllen Sie die aus.

4.3 Absetzungen vom Einkommen (Werbungskosten)

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

Grund der Änderung

neuer Gesamtbetrag

Tag der Änderung

▶ Bitte legen Sie aktuelle Nachweise vor.

5. Bankverbindung

- Die Bankverbindung hat sich geändert bzw. wird sich ändern.

KontoinhaberIn/Kontoinhabers

Tag der Änderung

IBAN ○

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

- Anlage EK
- Anlage EKS

- Anlage EK

Bankverbindung

Erfasst
Handzeichen, Datum

Erfassung geprüft
Handzeichen, Datum

6. Kosten für Unterkunft und Heizung

Die Kosten für Unterkunft und Heizung haben sich geändert bzw. werden sich ändern.

Grund der Änderung

Tag der Änderung

▶ Bitte füllen Sie die _____ aus und legen aktuelle Nachweise vor.

7. Kranken- und Pflegeversicherung

Die Krankenkasse hat sich geändert bzw. wird sich ändern.

Name der neuen Krankenkasse

Krankenversichertennummer (falls bekannt)

Tag der Änderung

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

Bei privater Kranken- und Pflegeversicherung:

Die Beitragshöhe hat sich geändert bzw. wird sich ändern.

Neue monatliche Höhe des Krankenversicherungsbeitrags in Euro

Neue monatliche Höhe des Pflegeversicherungsbeitrags in Euro

Neue monatliche Höhe des Beitrags im Basistarif in Euro

Tag der Änderung

▶ Bitte legen Sie als Nachweis den aktuellen Bescheid über die Höhe des monatlichen Beitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung vor sowie einen Nachweis über den Beitrag, den Sie im Basistarif zahlen würden.

8. Weitere Änderungen

▶ Bitte geben Sie hier alle Änderungen an, die Sie noch nicht mitgeteilt haben, z. B. (keine abschließende Aufzählung):

- Sie möchten oder ein Mitglied Ihrer Bedarfsgemeinschaft möchte nun Anspruch auf Mehrbedarf geltend machen (z. B. Mehrbedarf für Schwangere ○, Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung ○).
- Es haben sich Änderungen zum Vermögen ergeben oder werden sich ergeben.
- Es wurde eine andere Leistung beantragt (z. B. BAföG, Berufsausbildungsbeihilfe, Ausbildungsgeld, Rente, Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld).
- Sie haben oder ein Mitglied Ihrer Bedarfsgemeinschaft hat einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (z. B. Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung).

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

Art der Änderung

Tag der Änderung

Art der Änderung

Tag der Änderung

Art der Änderung

Tag der Änderung

Art der Änderung

Tag der Änderung

▶ Bitte legen Sie aktuelle Nachweise vor.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage KDU

In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden