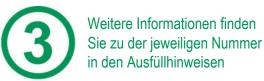
Veränderungsanzeige zum ALG II



Veränderungsmitteilung

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





Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.arbeitsagentur.de

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.

Anrede	Vorname			
Familienname			Geburtsdatum	
Nummer der Bedarfsgemei	nschaft			
Weitere Person/en in me	einem Haushalt			
n meinem Haushalt wohnt/ Hiervon gehört/gehören	_ Person/en zu	meiner Beda	ırfsgemeinschaft. 9	
Hiervon gehört/gehören				
 Mein bzw. der Familier sich geändert bzw. wird 		glieds meine	r Bedarfsgemeinschaft hat	
Name der Person	Art der Ände	rung	Zeitpunkt der Änderung	
Meine gesamte Bedarfs			in eine neue	
Neue Adresse (falls vorha		i Tag in eine	neue Wohnung gezogen.	
Neue Adresse (falls vorha ▶ Bitte füllen Sie die Anlage	e KDU aus.			
Neue Adresse (falls vorha ▶ Bitte füllen Sie die Anlage — Eine oder mehrere Per	e KDU aus. son/en meiner E	Bedarfsgeme	inschaft oder Haushaltsge erden ein- oder ausziehen	
Neue Adresse (falls vorha ► Bitte füllen Sie die Anlage Eine oder mehrere Per meinschaft ist/sind ein-	e KDU aus. son/en meiner E	Bedarfsgemei n bzw. wird/w	inschaft oder Haushaltsge erden ein- oder ausziehen	

Bearbeitungsvermerke Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Anlage KDU

Meldebescheinigung

Anlage WEP Anlage KI

Anlage HG

Anlage EK

Anlage VM

Bedarfsgemeinschaft eine gesonderte Antragstellung bei dem zuständigen Jobcenter erforderlich.

J. 1	Vorname	Familienname			arbeitungsvermerke vom Jobcenter auszufüllen	
4. E	Einkommen (19)				-	
	Erwerbseinkommen					
	Aufnahme einer neuen Erwer	bstätigkeit				
	Änderung bei einer laufenden	Erwerbstätigke	eit			
	► Bitte nur Änderungen in die betr					
	Art der Tätigkeit/Ausbildung		Beginn der Tätigkeit/Ausbildung			
	Name und Anschrift des Arbe	itgebers	Befristete Tätigkeit bis		-	
	Arbeitsentgelt (brutto) in Euro		Arbeitsentgelt	(netto) in Euro	-	
	Wöchentliche Arbeitszeit		Fälligkeit des ersten Arbeitsentgelts		-	
	► Bitte füllen Sie die Anlage EK – I	oei selbständiger T	ätigkeit zusätzlich	die Anlage EKS – aus.	-	Anlage EK Anlage EKS
	Anlässlich der Arbeitsaufnahn	ne hat sich die	Krankenkassen	zugehörigkeit geändert.		
	Name der Krankenkasse	Sitz der Kranl	kenkasse	Krankenversichertennumme (falls bekannt)	r	
				L en Nachweis der Krankenkasse übe ronische Gesundheitskarte vorlegen.	r	
4.2 	Sonstiges Einkommen ➤ z. B. Rente, Krankengeld, Überga Wohngeld, Steuerrückerstattunge Ein weiteres Einkommen ist h	en, Insolvenzgeld,	Zinsen, Erbschafte	n oder Schenkungen	ļ,	
	_	-				
	Eine Änderung im Einkommen ist eingetreten bzw. wird einf Grund der Änderung		Datum der Änderung			
	► Bitte füllen Sie die Anlage EK aus.			_	Anlage EK	
4.3	Absetzungen vom Einkomm Die Werbungskosten (z. B. Fabzw. werden sich ändern.		pelte Haushalts	sführung) haben sich geändert		
	Grund der Änderung	neuer Gesam	tbetrag	Datum der Änderung		
	► Bitte legen Sie entsprechende Na	chweise vor.		1	_ _	
5. E	Bankverbindung					
	Die Bankverbindung hat sich	geändert bzw.	wird sich änder	n.	Ва	nkverbindung
	Kontoinhaberin/Kontoinhabers		Datum der Änderung		fasst Indzeichen, Datum	
	Kreditinstitut				fassung geprüft Indzeichen, Datum	
	IBAN 3					

6. Kosten der Unterkunft und Heiz	Bearbeitungsvermerke					
Die Kosten der Unterkunft und	Nur vom Jobcenter auszufüllen					
Grund der Änderung	Datum de	er Änderung				
► Bitte füllen Sie die Anlage KDU au	l us und legen entsprechende N	Nachweise vor.	Anlage KDU			
7. Kranken- und Pflegeversicheru	ing					
Die Krankenkasse hat sich geä	ndert bzw. wird sich änd	lern.				
Name der neuen Krankenkasse	e Sitz der r	neuen Krankenkasse				
Krankenversichertennummer (f	falls bekannt) Datum de	er 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 Pflegeve	-					
Die Beitragshöhe hat sich geän						
Neue monatliche Höhe des Krankenversicherungsbeitrags		natliche Höhe des rsicherungsbeitrags in Euro				
Neue monatliche Höhe des Bei Basistarif in Euro	itrags im Datum de	er Änderung				
		öhe des monatlichen Beitrags zur Kranken- rag, den Sie im Basistarif zahlen würden.				
8. Weitere Änderungen						
► Bitte geben Sie hier alle Änderungen an,						
- sich die Vermögensverhältnisse geä						
Rente, Krankengeld, Übergangsgeld	 eine andere Leistung beantragt wurde (z. B. BAföG, Berufsausbildungsbeihilfe, Ausbildungsgeld, Rente, Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld) und/oder 					
- eine Arbeitsunfähigkeit – durch eine						
-	(keine abschließende Aufzählung).					
Folgende weitere Änderungen sind eingetreten bzw. werden e		wirtschaftlichen Verhaltnissen				
Art der Änderung		Zeitpunkt der Änderung				
Art der Änderung		Zeitpunkt der Änderung				
Art der Änderung		Zeitpunkt der Änderung				
Art der Änderung		Zeitpunkt der Änderung				
▶ Bitte legen Sie entsprechende Nach	hweise vor.					
Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) un Leistungen nach dem SGB II erhoben. Da Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter	nd der §§ 67a, b, c Zehnte tenschutzrechtliche Hinweise	s Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen				
Ich bestätige, dass die Angaben ri	ichtig sind.					
Ort/Datum Uni (bei						