

SENDEBERICHT

ZEIT : 22/03/2018 20:39
 NAME : ULRICH WOCKELMANN
 FAX : +49-2371-9206650
 TEL :
 S-NR. : E69703C1N290344

DATUM/UHRZEIT 22/03 20:25
 FAX-NR./NAME 02371905799
 Ü.-DAUER 00:13:55
 SEITE(N) 19
 ÜBERTR OK
 MODUS STANDARD
 ECM

SENDEBERICHT

ZEIT : 22/03/2018 16:33
 NAME : ALFRECHT
 FAX : 023718328845
 TEL : 023718328618
 S-NR. : E75193G7N346859

DATUM/UHRZEIT 22/03 16:12
 FAX-NR./NAME 023739172499
 Ü.-DAUER 00:20:26
 SEITE(N) 14
 ÜBERTR FEHLER
 MODUS STANDARD
 ECM

Anlage

für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft.
 (zu Abschnitt 2.1 des Hauptantrags)

- Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte die Anlage KI aus -



Zutreffendes
 bitte
 ankreuzen



Weitere Informationen finden
 Sie zu der jeweiligen Nummer
 in den Ausfüllhinweisen

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

1. Meine persönlichen Daten

Anrede Frau	Vorname [REDACTED]
Familienname [REDACTED]	Geburtsdatum [REDACTED]
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden) 35502/[REDACTED]	Kundenummer (falls vorhanden)

2. Weitere Person in meiner Bedarfsgemeinschaft über 15 Jahren, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen (8)

2.1. Persönliche Daten

Anrede Herr	Vorname [REDACTED]
----------------	-----------------------

Es besteht keine



2 WEP

Bearbeitungsvermerk
 Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Anlage

für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft
(zu Abschnitt 2.1 des Hauptantrags)

- Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte die Anlage KI aus -



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden
Sie zu der jeweiligen Nummer
in den Ausfüllhinweisen

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

1. Meine persönlichen Daten

Anrede Frau	Vorname [REDACTED]
Familienname [REDACTED]	Geburtsdatum [REDACTED]
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden) 35502/[REDACTED]	Kundennummer (falls vorhanden)

2. Weitere Person in meiner Bedarfsgemeinschaft über 15 Jahren, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen ⑨

2.1 Persönliche Daten

Anrede Herr	Vorname [REDACTED]	<i>Es besteht keine</i>	
Familienname [REDACTED]	Geburtsname (sofern abweichend) <i>BG</i>		
Geburtsort	Geburtsdatum		
Geburtsland	Staatsangehörigkeit		
Rentenversicherungsnummer ①	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt		

2.2 Familienstand

Die weitere Person ist			
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	
<input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit		
Die gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft der weiteren Person ist			
<input type="checkbox"/> eingetragen	<input type="checkbox"/> aufgehoben seit		

2.3 Persönliche Angaben

<input type="checkbox"/> Ich bin bzw. meine Partnerin/mein Partner ist mit der weiteren Person verwandt.
Name/n der mit der weiteren Person verwandten Person/en
Verwandtschaftsverhältnis



WEP

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

AZR-Nummer der weiteren Person:

Die weitere Person hat bzw. für die weitere Person wurden für den Monat Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen. Ja Nein
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Die weitere Person ist Spätaussiedlerin/Spätaussiedler und besitzt noch nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. ④ Ja Nein
▶ Falls ja, legen Sie bitte den Aufnahmebescheid vor.

Die weitere Person ist Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. ⑤ Ja Nein
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung) vor.

Die weitere Person ist – ihrer Einschätzung nach – gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. ⑥ Ja Nein
▶ Wenn Sie Nein angekreuzt haben, besteht für die weitere Person möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen nach dem Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II). Sie kann in diesem Fall Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen.

Die weitere Person ist Schülerin/Schüler. ⑦ Ja Nein
Dauer der Schulausbildung von - bis Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Schulbescheinigung) vor.

Die weitere Person ist Studentin/Student. ⑦ Ja Nein
Dauer des Studiums von - bis Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung vor.

Die weitere Person hat Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) beantragt. Ja Nein
▶ Falls ja, legen Sie bitte einen Nachweis über die Antragstellung oder – soweit über Ihren BAföG-Antrag bereits entschieden wurde – den entsprechenden Bescheid über die Bewilligung oder Ablehnung vor.

Die weitere Person ist Auszubildende/Auszubildender. ⑦ Ja Nein
Dauer der Ausbildung von - bis Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung vor.

Während der Ausbildung ist die weitere Person in einem Wohnheim, Internat oder beim Ausbilder mit voller Verpflegung oder anderweitig mit Kostenerstattung für Unterkunft und Verpflegung untergebracht.
▶ Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Die weitere Person befindet sich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). ⑧ Ja Nein
Dauer der Unterbringung von - bis Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und dessen Dauer vor.

3. Prüfung eines Mehrbedarfs

Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

Die weitere Person ist schwanger. ⑭ Ja Nein
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.

Die weitere Person benötigt aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung. ⑮ Ja Nein
▶ Bitte füllen Sie die Anlage MEB aus.

Die weitere Person hat eine Behinderung und erhält ⑯ Ja Nein

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) oder
- sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes oder
- Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII.

▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Aufnahmebescheid

Studienbescheinigung

Ausbildungsvertrag

Anlage MEB

Die weitere Person ist nicht erwerbsfähig ⁽⁶⁾ und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G. ⁽¹⁷⁾
 ► Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.

Die weitere Person hat regelmäßig einen unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarf, den sie nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (z. B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern). ⁽¹⁸⁾
 ► Bitte füllen Sie die Anlage BB aus.

4. Einkommen ⁽¹⁹⁾

Die weitere Person erzielt Einkommen. Ja Nein
 ► Falls ja, füllen Sie bitte für die weitere Person die Anlage EK aus. Bei Einkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte zusätzlich die Anlage EKS aus.

5. Vermögen ⁽²⁰⁾

Die weitere Person besitzt Vermögen. Ja Nein
 ► Bitte tragen Sie Angaben über die Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft in die Anlage VM ein.

6. Vorrangige Ansprüche ⁽²¹⁾

6.1 Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit ⁽²²⁾

► Wenn die weitere Person Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) bereits beantragt hat, tragen Sie dies bitte in Abschnitt 6.4 ein. Sollte das Arbeitslosengeld aktuell bereits bewilligt sein, tragen Sie dies in Anlage EK Abschnitt 2 ein, auch dann, wenn eine Sperrzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben in Abschnitt 6.1 machen.
 ► Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf Arbeitslosengeld bestehen könnte.

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung

► Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Verwenden Sie ggf. ein gesondertes Blatt und legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

war die weitere Person sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit

war die weitere Person selbständig tätig.

von - bis	Art der Tätigkeit

hat die weitere Person Wehr- oder Ersatzdienst geleistet.

hat die weitere Person Angehörige gepflegt (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)).

hat die weitere Person Entgeltersatzleistungen erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem SGB III).

von - bis	Behörde	Leistung

6.2 Ansprüche gegenüber Arbeitgebern

Die weitere Person erhebt Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (z. B. bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (z. B. bei noch ausstehenden Abfindungen).
 ► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

6.3 Ansprüche gegenüber Dritten

Die weitere Person hat einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung). Sie ist deshalb hilfebedürftig geworden.
 ► Bitte füllen Sie die Anlage UF aus.

Bearbeitungsvermerke
 Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage BB

Anlage EK

Anlage EKS

Anlage VM

Anlage UF

Die weitere Person hat einen Anspruch gegenüber Dritten (z. B. aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen). (23)

Bezeichnung des Anspruchs

► Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach.

6.4 Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen (24)

Die weitere Person hat schon andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld, Rente, Kindergeld) beantragt oder beabsichtigt, einen Antrag zu stellen.

Leistungsart	Sozialleistungsträger/Familienkasse
Antragsdatum	Leistungen beantragt ab

► Bitte legen Sie einen Nachweis vor, sofern schon über den Antrag/die Anträge entschieden wurde.

7. Kranken- und Pflegeversicherung (25)

7.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Die weitere Person ist in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflicht- oder familienversichert.

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherertennummer (falls bekannt)
-----------------------	-----------------------	---

► Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über die Versicherung der weiteren Person vor. Ersatzweise können Sie auch die gültige elektronische Gesundheitskarte der weiteren Person vorlegen.

Die weitere Person ist familienversichert und ist künftig pflichtversichert bei (26)

der bisherigen Krankenkasse.

einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse
-----------------------	-----------------------

► Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Krankenkassenwahl vor, wenn die weitere Person die Krankenkasse wechselt.

7.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

Die weitere Person ist privat oder freiwillig gesetzlich versichert. Die weitere Person ist nicht versichert.

► Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 2 aus. ► Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 3 aus.

Die 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.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

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

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

Ort/Datum 23.5.2018	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
------------------------	--

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage SV

Anlage

zur Feststellung der Einkommensverhältnisse jeder in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Person (zu Abschnitt 4 des Hauptantrags)



Zutreffendes bitte ankreuzen



Weitere Informationen finden Sie zu der jeweiligen Nummer in den Ausfüllhinweisen

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

1. Persönliche Daten

1.1 Meine persönlichen Daten

Anrede Frau	Vorname [REDACTED]
Familienname [REDACTED]	Geburtsdatum [REDACTED]
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden) 35502//0022949	

1.2 Persönliche Daten der Person über 15 Jahren in meiner Bedarfsgemeinschaft, auf die sich die Angaben in dieser Anlage beziehen (9)

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum

2. Einkommen (19)

- Ausübung einer selbständigen Tätigkeit (auch in der Land- und Forstwirtschaft)
> Bitte füllen Sie die Anlage EKS aus.

Folgendes Einkommen wird erzielt:

- Arbeitseinkommen aus Erwerbstätigkeit
Derzeit wird die Steuerklasse _____ bei der Lohnsteuer berücksichtigt. (29)
> Das Jobcenter kann Sie auffordern, eine für Sie günstigere Steuerklasse zu wählen.
> Bitte lassen Sie die Einkommensbescheinigung vom Arbeitgeber ausfüllen oder legen Sie eine Verdienstabrechnung vor.

Name des Arbeitgebers	Firmensitz
-----------------------	------------

- Die Tätigkeit wird/wurde als Ferienjob ausgeübt. (30)

- nebenberufliche, gemeinnützige oder ehrenamtliche Tätigkeit, für die (steuerfreie) Aufwandsentschädigungen gezahlt werden (31)

Art der Tätigkeit

> Bitte legen Sie Nachweise über die konkrete Tätigkeit, die Höhe der Aufwandsentschädigung und die in diesem Zusammenhang entstehenden Aufwendungen vor.

- Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB-III)

Das Arbeitslosengeld wurde für die Zeit von - bis bewilligt.

Bemessungsentgelt (Euro/Tag)	Arbeitslosengeld (Euro/Tag)
------------------------------	-----------------------------

> Bitte legen Sie eine Kopie des Bewilligungsbescheides der Agentur für Arbeit vor.

- Der Anspruch auf Arbeitslosengeld ruht wegen einer Sperrzeit nach dem SGB III oder ist erloschen. (32)

Sperrzeit von - bis/ Datum des Erlöschens

> Bitte legen Sie den entsprechenden Bescheid vor.

 2 EK
Bearbeitungsvermerke Nur vom Jobcenter auszufüllen
Eingangsstempel
Dienststelle Jobcenter Märkischer Kreis
Team 430
<input type="checkbox"/> Anlage EKS
<input type="checkbox"/> Einkommensbescheinigung <input type="checkbox"/> Verdienstabrechnung
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeldbescheid
<input type="checkbox"/> Bescheid

3. Absetzungen vom Einkommen

3.1 Ausgaben im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis

- > Die mit der Erzielung des Einkommens aus unselbständiger Erwerbstätigkeit verbundenen notwendigen Ausgaben (Werbungskosten) werden einkommensmindernd berücksichtigt. So werden beispielsweise die Ausgaben für die Fahrt zwischen Wohnung und Arbeitsstätte in der Regel mit 0,20 Euro je Entfernungskilometer vom Einkommen abgesetzt.
- > Verdienen Sie bis 400,00 Euro monatlich, werden 100,00 Euro pauschal als Ausgaben abgesetzt. In dieser Pauschale sind die Werbungskosten sowie die Entfernungskilometer bereits enthalten.
- > Verdienen Sie mehr als 400,00 Euro monatlich und fallen bei Ihnen höhere notwendige Ausgaben an, werden diese auf Nachweis berücksichtigt. Nur in diesem Fall sind die nachfolgenden Angaben zu machen.

<input type="checkbox"/> Ausgaben für die Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte mit einem Kraftfahrzeug	
<input type="checkbox"/> Ausgaben für die Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (z. B. für eine Monatskarte)	
Höhe der Ausgaben in Euro	
Anschrift der Arbeitsstätte	Kürzeste Strecke zwischen Wohnung und Arbeitsstätte in Kilometern
Die Strecke wird regelmäßig an _____ Arbeitstagen je Woche zurückgelegt.	
> Bitte machen Sie unabhängig von der Art der Fahrkosten Angaben zur Anschrift der Arbeitsstätte, zur kürzesten Strecke zwischen Wohnung und Arbeitsstätte in Kilometern sowie zu den Arbeitstagen. Bitte legen Sie bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel einen entsprechenden Nachweis vor.	
Zuschüsse zu den Fahrtkosten	
<input type="checkbox"/> werden vom Arbeitgeber/von Dritten gezahlt <input type="checkbox"/> wurden beantragt	
Höhe des gezahlten Zuschusses in Euro	
> Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor. Sollte der Zuschuss noch nicht gewährt, aber beantragt sein, brauchen Sie die Höhe des Zuschusses nicht einzutragen.	
<input type="checkbox"/> weitere Ausgaben aus einem Arbeitsverhältnis (z. B. doppelte Haushaltsführung, Arbeitsmittel), die nicht vom Arbeitgeber erstattet werden	
Art der Ausgabe	Monatliche Höhe in Euro
> Sollten verschiedene Ausgaben vorliegen, führen Sie bitte die einzelnen Posten auf einem gesonderten Blatt auf und fügen hier die Gesamtsumme ein.	
<input type="checkbox"/> Mehraufwendungen für Verpflegung wegen einer täglichen Abwesenheit von mindestens 12 Stunden von der Wohnung und dem üblichen Beschäftigungsort, ohne dass eine doppelte Haushaltsführung vorliegt	
Anzahl der Arbeitstage im Monat	
> Für Tage mit mindestens 12-stündiger Abwesenheit können die tatsächlichen Aufwendungen gegen Nachweis bis zur Höhe von 12,00 Euro und bei ganztägiger Abwesenheit bis zur Höhe von 24,00 Euro berücksichtigt werden. Ohne Nachweis wird ein Pauschalbetrag von 6,00 Euro täglich zugrunde gelegt.	

3.2 Sonstige Absetzungen

<input type="checkbox"/> Zahlungen an eine unterhaltsberechtigte Person außerhalb der Bedarfsgemeinschaft auf Grund eines Unterhaltstitels		
Unterhaltsberechtigte Person	Verwandtschaftsverhältnis	Monatliche Unterhaltsleistungen in Euro
> Bitte legen Sie den Unterhaltstitel (z. B. Urteil, gerichtliche Einigung, Unterhaltsurkunde) in Kopie vor und weisen Sie die tatsächlichen Zahlungen nach. (39)		
<input type="checkbox"/> bei der Ausbildungsförderung (Berufsausbildungsbeihilfe, Ausbildungsgeld, BAföG) für ein Kind berücksichtigtes Elterneinkommen		
Name des Kindes	Monatlich berücksichtigter Betrag in Euro	
> Bitte legen Sie den entsprechenden Bescheid vor.		

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Unterhaltstitel
 Kontoauszüge

Bescheid



3.3 Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen – auch bei sonstigem Einkommen

> Für private Versicherungen, die dem Grunde und der Höhe nach angemessen sind und nicht zu den unten genannten Versicherungen gehören (z. B. Haftpflicht, Hausrat), werden vom Einkommen monatlich pauschal 30,00 Euro abgesetzt.

Zum Erhalt dieser Pauschale brauchen Sie daher keine Angaben zu machen oder Nachweise vorzulegen.

> Wenn Sie für Ihr Kind unter 18 Jahren eine spezielle Versicherung abgeschlossen haben, weisen Sie dies bitte nach.

> Wenn Sie in der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung nicht versicherungspflichtig sind, können Beiträge zur Vorsorge für den Fall der Krankheit, der Pflegebedürftigkeit und zur Altersvorsorge vom Einkommen abgesetzt werden. Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise vor.

Folgende Versicherungsbeiträge werden gezahlt:

> Bitte geben Sie an, in welchen zeitlichen Abständen (Zahlungsrhythmus, z. B. monatlich, 1/4-jährlich, 1/2-jährlich, jährlich) und in welcher Höhe die Versicherung bezahlt wird und legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.

Kfz-Haftpflichtversicherung (ohne Teilkasko, Vollkasko, Schutzbrief)

Zahlungsrhythmus des Versicherungsbeitrags

Versicherungsbeitrag in Euro

weitere gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen (z. B. Haftpflichtversicherung für bestimmte Berufsgruppen wie Rechtsanwälte oder Hebammen)

Zahlungsrhythmus des Versicherungsbeitrags

Versicherungsbeitrag in Euro

Beiträge zur geförderten Altersvorsorge nach § 82 Einkommensteuergesetz (EStG)

> Dies sind z. B. Beiträge zur "Riester-Rente" oder Zahlungen an einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder eine Direktversicherung zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung, Unfallrente.

Zahlungsrhythmus des Versicherungsbeitrags

Versicherungsbeitrag in Euro

private Versicherung minderjähriger Kinder

Name des Kindes/Namen der Kinder

Zahlungsrhythmus des Versicherungsbeitrags

Versicherungsbeitrag in Euro

Die 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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben.

Bei Änderungen der Einkommenshöhe (z. B. Arbeitsentgelt) oder der Ausgaben einschließlich der Unterhaltszahlungen sind Sie bzw. die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft verpflichtet, diese unverzüglich mitzuteilen und entsprechende Nachweise vorzulegen.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

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

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

Ort/Datum

23.3.2018

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

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

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Kfz-Haftpflichtvers.

Altersvorsorge

Anlage

zur Feststellung der Vermögensverhältnisse der Antragstellerin/des Antragstellers und der in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen (zu Abschnitt 5 des Hauptantrags)



Zutreffendes bitte ankreuzen



Weitere Informationen finden Sie zu der jeweiligen Nummer in den Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.arbeitsagentur.de. Falls Sie mehr Platz benötigen, verwenden Sie bitte ein separates Blatt und fügen dieses Ihrem Antrag bei.

1. Meine persönlichen Daten

Anrede	Vorname
Frau	
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	
35502//0	

2. Freistellungsaufträge (40)

Folgende Freistellungsaufträge für Kapital-/Zinserträge (z. B. bei Kreditinstituten, Bausparkassen, Lebensversicherungsunternehmen, Bundes-/Landesschuldenverwaltungen) wurden erteilt:

Name der Person	Name des Geldinstituts/der Versicherung
Gültig von - bis	BIC des Geldinstituts/der Versicherung (3)
Name der Person	Name des Geldinstituts/der Versicherung
Gültig von - bis	BIC des Geldinstituts/der Versicherung

Folgende Vermögenswerte im In- und/oder Ausland sind vorhanden: (20)

3. Konten und Geldanlagen

3.1 Konten zur Abwicklung des Zahlungsverkehrs (z. B. Girokonto, PayPal)

Name der Person	Kontostand in Euro
IBAN (3)	
Name der Person	Kontostand in Euro
IBAN	
Name der Person	Kontostand in Euro
IBAN	

> Bitte legen Sie entsprechende Nachweise, z. B. Kontoauszüge, (37) vor. Bei der Angabe von PayPal-Konten sind die Felder BIC und IBAN nicht auszufüllen.

3.2 Bargeld

Name der Person	Gesamtbetrag in Euro
	1.87
Name der Person	Gesamtbetrag in Euro



Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle
Jobcenter Märkischer Kreis

Team
430

3.3 Spareinlagen (z. B. Sparbücher, Tagesgeld, Prämiensparen)

Name der Person	Gesamtbetrag in Euro	Zinsen im letzten Jahr
IBAN		
Name der Person	Gesamtbetrag in Euro	Zinsen im letzten Jahr
IBAN		
Name der Person	Gesamtbetrag in Euro	Zinsen im letzten Jahr
IBAN		

> Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

3.4 Sparbriefe oder sonstige Wertpapiere (z. B. Aktien, Anleihen, Fonds-Anteile)

Name der Person	Art der Geldanlage	
derzeitiger Wert in Euro	Erträge im letzten Jahr	Gutschriftzinssatz
Wertpapiernummer	Kreditinstitut	
Name der Person	Art der Geldanlage	
derzeitiger Wert in Euro	Erträge im letzten Jahr	Gutschriftzinssatz
Wertpapiernummer	Kreditinstitut	

> Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

3.5 Bausparverträge

Name der Person	Bausparkasse
Bausparnummer	aktueller Stand des Guthabens in Euro
<input type="checkbox"/> Der Bausparvertrag ist zur Sicherung eines Darlehens an ein Kreditinstitut abgetreten.	
Name der Person	Bausparkasse
Bausparnummer	aktueller Stand des Guthabens in Euro
<input type="checkbox"/> Der Bausparvertrag ist zur Sicherung eines Darlehens an ein Kreditinstitut abgetreten.	

> Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

3.6 Kapitallebensversicherungen, private Rentenversicherungen und/oder Unfallversicherungen mit Prämienrückgewähr

Name der Person	Versicherungsunternehmen
Versicherungsnummer	Versicherungssumme in Euro

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen



s. Anlage

bisher eingezahlt in Euro	Rück- oder Verkaufswert in Euro
Name der Person	Versicherungsunternehmen
Versicherungsnummer	Versicherungssumme in Euro
bisher eingezahlt in Euro	Rück- oder Verkaufswert in Euro

> Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

4. Staatlich geförderte Altersvorsorge

> Steuerlich gefördertes Altersvorsorgevermögen sind z. B. Zahlungen zur "Riester-Rente" oder an einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder eine Direktversicherung zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung, Unfallrente.

Name der Person	Gesamtbetrag in Euro
Name der Person	Gesamtbetrag in Euro

> Bitte legen Sie den Vertrag vor und weisen den aktuellen Kontostand nach.

5. Befreiung von der Rentenversicherungspflicht

Von der Rentenversicherungspflicht befreit ist _____

Die unter Ziffer 3 dieser Anlage angegebenen Geldanlagen der vorgenannten Person dienen der Alterssicherung.

> Bitte legen Sie den Nachweis über die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht vor.

6. Grundstücke und/oder Wohneigentum

bebautes Grundstück unbebautes Grundstück Eigentumswohnung

Name der Person		
Grundstücksgröße in m ²	Verkehrswert in Euro (41)	Belastungen in Euro
Wohnfläche in m ²	selbst genutzt in m ²	Miet-/Pachteinnahmen in Euro
<input type="checkbox"/> bebautes Grundstück <input type="checkbox"/> unbebautes Grundstück <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung		
Name der Person		
Grundstücksgröße in m ²	Verkehrswert in Euro	Belastungen in Euro
Wohnfläche in m ²	selbst genutzt in m ²	Miet-/Pachteinnahmen in Euro

> Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

7. Sonstiges Vermögen

> Sonstiges Vermögen sind z. B. Edelmetalle, Antiquitäten, Gemälde, Schmuck.

Name der Person	Art des Wertgegenstands	Vermögenswert in Euro
Name der Person	Art des Wertgegenstands	Vermögenswert in Euro

> Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

8. Kraftfahrzeuge

Name der Eigentümerin/des Eigentümers		
Fabrikat/Modell	bestehende Kreditverbindlichkeiten in Euro	
amtliches Kennzeichen	Tag der Erstzulassung	Kilometerstand
Name der Eigentümerin/des Eigentümers		
Fabrikat/Modell	bestehende Kreditverbindlichkeiten in Euro	
amtliches Kennzeichen	Tag der Erstzulassung	Kilometerstand
> Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.		

9. Schenkungen/Spenden/Übertragungen

> Hier sind Schenkungen/Spenden/Übertragungen anzugeben, die innerhalb der letzten 10 Jahre aus dem Vermögen einer in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Person im In- oder Ausland erfolgten.

Name der Person	
Höhe in Euro	Zeitpunkt der Schenkung/Spende/Übertragung
Verwendungszweck	Empfängerin/Empfänger

Die 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.

Für jedes Mitglied Ihrer Bedarfsgemeinschaft kann ein Abrufersuchen gegenüber dem Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) gestellt werden, um die Einkommens- und Vermögensverhältnisse Ihrer Bedarfsgemeinschaft zu klären (§ 93 Absatz 8 und 9 der Abgabenordnung). Das BZSt übermittelt die Kontenstammdaten Ihrer Konten und – bei Vorliegen eines konkreten Verdachts – ggf. auch der Konten Dritter, bei denen Sie als verfügungsberechtigte oder wirtschaftlich berechtigte Person im Sinne des § 1 Absatz 6 des Geldwäschegesetzes angegeben sind (unter anderem Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers, Geburtsdatum, IBAN und Verfügungsberechtigung). Dies betrifft die Konten, die nicht länger als drei Jahre aufgelöst sind.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

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

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

Ort/Datum 23.3.2018	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
------------------------	--

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Inhaber der Versicherung:

Linke, Sabine

Kundennummer:

355D003824

Zusatzfragebogen Lebensversicherung

Wie lautet die Vertragsnummer?

--

Wie hoch ist die vereinbarte Versicherungssumme?

€

Wann ist die Versicherungssumme fällig?

Datum

Wie hoch war die Summe der eingezahlten Beiträge am

€

Wie hoch ist der Rückkaufswert bzw. Auszahlungsbetrag am

€

Welche Gebühr würde bei einem Rückkauf anfallen?

€

Welche Kündigungsfrist ist einzuhalten?

--

Wurde einem Dritten ein unwiderrufliches Bezugsrecht eingeräumt?

Ja Nein

Wird die Lebensversicherung zur Tilgung eines Eigenheimdarlehens eingesetzt?

Ja Nein

Stammt das Guthaben ganz oder teilweise aus zulagebegünstigten Anlagen nach dem Vermögensbildungsgesetz?

Ja Nein

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Versicherungsunternehmens oder Institutes

--



württembergische

Der Fels in der Brandung.

Württembergische Lebensversicherung AG, 70163 Stuttgart
0A 3B2E 8B71 44 B00D 11E6
DV 03.18 0,70 Deutsche Post

•00178434•5195•0000286•2003•

Frau

58706 Menden

Es betreut Sie:
Generalagentur

58706 Menden Sauerland
Telefon 02373-7604060
Telefax 0711-662805656

Es schreibt Ihnen:
Kundenbetreuung
Telefon 0711 662-724834
Telefax 0711 662 829400

19.03.2018

Versicherung Nr. 05-0654403-33

Sehr geehrte Frau

Ihre Kündigung haben wir erhalten - wir bedauern, dass Sie sich zu diesem Schritt entschlossen haben.

Wir bestätigen Ihre Kündigung zum 01.04.2018.

Sie erhalten Ihre Abrechnung, sobald wir den Rückkaufswert berechnet haben. Wir melden uns so schnell wie möglich bei Ihnen. Bitte haben Sie bis dahin Geduld.

Haben Sie Fragen? Rufen Sie uns einfach an. Wir helfen Ihnen gerne. Sie können sich auch direkt an Ihren Berater wenden.

Mit freundlichen Grüßen

ppa. Dr. Schlotter

ppa. Mader

Württembergische
Lebensversicherung AG
Besuchsanschrift:
Gutenbergstraße 30
70176 Stuttgart
www.wuerttembergische.de

Vorstand: Norbert Heinen (Vors.)
Franz Bergmüller, Thomas Bischof,
Dr. Michael Gutjahr, Dr. Susanne
Pauser, Jens Wieland
Aufsichtsratsvorsitzender:
Jürgen A. Junker

Sitz der Gesellschaft:
Stuttgart
AG Stuttgart
HRB 280
Steuernummer:
99016/08199

Bankverbindung:
Wüstenrot Bank AG Pfandbriefbank, Ludwigsburg
IBAN: DE08 6042 0000 9601 1345 83
BIC: WBAG DE 61

Zur Miete!

Monatliche Belastung bei Haus- und Wohneigentum			Anlage R
Mehrfamilienhaus mit selbst genutzter Wohnung (zu behandeln als Eigentumswohnung) Einfamilienhaus (selbst bewohnt) mit Einliegerwohnung			
1. Eigentümer:			
Name, Vorname		Anschrift	
Name a)			
Name b)			
Name c)			
Name d)			
Name e)			
2. Angaben zum Grundstück			
Flur/Flurstück/Grundbuchblatt/Grundbuchamt		Grundstückgröße	
		0	
Baujahr	Kaufvertrag vom	Gesamtwohnfläche m ²	Bewohner
3. Jahresmieteinnahmen (Vermietung und Verpachtung)			
Name des Mieters	m ²	monatliche Kaltmiete(n)	Jahres einnahmen aus Kaltmiete
	0	0,00 € x Monate: 12	0,00 €
	0	0,00 € x Monate: 12	0,00 €
	0	0,00 € x Monate: 12	0,00 €
	0	0,00 € x Monate: 12	0,00 €
	0	0,00 € x Monate: 12	0,00 €
	0	0,00 € x Monate: 12	0,00 €
Jahresroheinnahmen (Kaltmiete)			0,00 €
3.1 Wohnfläche der eigengenutzten Wohnung			
0	Es werden nur die Kosten für die selbst genutzte Wohnfläche berücksichtigt; daher werden die Kosten im Regelfall gem. Wohnflächenanteil unter Nr. 6 nur anteilig berechnet. Unter Nr. 3-5 sind aber die Kosten des gesamten Hauses als Jahreswerte einzutragen.		
Wohnfläche			
Die selbstgenutzte Wohnfläche beträgt 0,00% der Gesamtwohnfläche			