

**Absender**

Name

Straße

PLZ/Ort

**Änderungsmitteilung**

während des Bezuges von Leistungen zur  
Sicherung des Lebensunterhaltes nach  
dem Sozialgesetzbuch,  
Zweites Buch (SGB II)

- Grundsicherung für Arbeitsuchende -

Landratsamt Bautzen  
Jobcenter  
Bahnhofstraße 9  
02625 Bautzen

1 Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Zugunsten der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen.  
Die Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter.

**Hinweis**

2 Sind mehrere Personen von Veränderungen betroffen, ist für jede Person eine  
gesonderte Änderungsmitteilung einzureichen. Dies gilt nicht bei einem Umzug der  
gesamten Bedarfs-/Haushaltsgemeinschaft in eine neue gemeinsame Unterkunft. Bei  
Änderungen der Einkommensverhältnisse auf Grund Arbeitsaufnahme (auch  
Berufsausbildung, befristete oder geringfügige Erwerbstätigkeit) ist das Formular  
"Änderungsmitteilung bei Arbeitsaufnahme" zu verwenden.

3 Wir weisen darauf hin, dass der Leistungsträger gemäß § 331 Sozialgesetzbuch,  
Drittes Buch (SGB III) die Zahlung einer laufenden Leistung ohne Erteilung eines  
Bescheides vorläufig einstellen kann, wenn er Kenntnis von Tatsachen erhält, die kraft  
Gesetzes zum Ruhen oder zum Wegfall des Anspruchs führen und wenn der  
Bescheid, aus dem sich der Anspruch ergibt, deshalb mit Wirkung für die  
Vergangenheit aufzuheben ist.

Eingang am

Antrag ausgegeben am

**1. Angaben zum Antragsteller bzw. des Vertreters der Bedarfs-/Haushaltsgemeinschaft**

4 Name	Vorname		Geburtsdatum
5 Straße			Haus-Nr.
6 PLZ	Ort	Ortsteil	
7 Telefon (freiwillige Angabe)	E-Mail		

**2. Änderung der Anzahl der Personen**

8 Die Anzahl der Personen in der Bedarfs-/Haushaltsgemeinschaft hat sich ab \_\_\_\_\_ geändert.

9 Name	Vorname		Geburtsdatum
10 Verhältnis zum Antragsteller			

11  ausgezogen      eingezogen      Sonstiges (z. B. Geburt eines Kindes) \_\_\_\_\_

12 Das neue Mitglied der Bedarfs-/Haushaltsgemeinschaft verfügt über

Einkommen  nein  ja

Wenn ja, bitte geeignete Einkommensnachweise beifügen.

13 Vermögen  nein  ja

Wenn ja, füllen Sie bitte zusätzlich das Formular "Erklärung über Vermögen" aus und reichen es mit  
entsprechenden Belegen in Kopie ein.

Die folgende Frage ist nur für Personen zu beantworten, die das 15. Lebensjahr vollendet haben:

14 Kann das neue Mitglied der Bedarfs-/Haushaltsgemeinschaft - nach eigener Einschätzung - mindestens  
drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit nachgehen?  nein  ja

Wenn nein, bitte kurz begründen:

15 \_\_\_\_\_

© Landratsamt Bautzen Grundversicherung für Arbeitsuchende - Änderungsmitteilung - 06/2019

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

### 3. Änderungen der Einkommensverhältnisse

16 Das Arbeitsverhältnis von

17 Name	Vorname
---------	---------

beim Arbeitgeber

18 Name Arbeitgeber
---------------------

19 endet/endete am \_\_\_\_\_ durch

20 Ablauf der Befristung Kündigung durch Arbeitgeber eigene Kündigung Aufhebungsvertrag  
Bitte fügen Sie die Kündigung/den Aufhebungsvertrag in Kopie bei.

21 Rente oder sonstige Leistungen  
(z. B. Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Kinderzuschlag usw.)

22 Name	Vorname
---------	---------

23 hat für den Zeitraum ab \_\_\_\_\_

24 \_\_\_\_\_  
(Rente oder sonstige Leistungen wie z. B. Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Kinderzuschlag usw.; bei Rente bitte genaue Rentenart angeben.)

25 bei \_\_\_\_\_  
(z. B. Rentenversicherung, Krankenkasse, Agentur für Arbeit usw.)

26 beantragt am \_\_\_\_\_ bewilligt ab \_\_\_\_\_ abgelehnt  
Sofern die Leistung bewilligt oder abgelehnt wurde, reichen Sie bitte eine Kopie des Bescheides ein.

27 Sonstige Ansprüche (z. B. Unterhalt, Arbeitslohn, Erbschaft usw.)

28 Name	Vorname
---------	---------

hat Ansprüche gegen den Anspruchsgegner geltend gemacht bzw. durchgesetzt

29 \_\_\_\_\_  
(z. B. Unterhalt, Arbeitslohn, usw.)

30 Erbschaft für den Zeitraum ab \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR gegen

Angaben zum Anspruchsgegner

31 Name	Vorname		
32 Straße			Haus-Nr.
33 PLZ	Ort	Ortsteil	

Bitte fügen Sie entsprechende Belege in Kopie bei.

#### 4. Änderung der Krankenversicherung

34 Die Krankenkassenzugehörigkeit von

35 Name	Vorname
---------	---------

36 hat sich geändert/ändert sich ab \_\_\_\_\_

Angaben zur Krankenkasse

37 Name der Krankenkasse		
38 Straße		Haus-Nr.
39 PLZ	Ort	Ortsteil

Bitte Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse in Kopie befügen!

#### 5. Änderung Bankverbindung

40 Die Bankverbindung von

41 Name	Vorname
---------	---------

42 hat sich geändert ab/ändert sich ab \_\_\_\_\_

43 Name des Kontoinhabers	Vorname des Kontoinhabers
44 Kreditinstitut	
45 IBAN	BIC

#### 6. Sonstige Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen

46 (z. B. Familienstand, Schwangerschaft, Kosten der Unterkunft und Heizung, Ortsabwesenheit, Steuerklassen, Arbeitsverhältnis, Arbeitsunfähigkeit, Vermögensverhältnisse usw.)

47
----

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Auf die mir gemäß §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I), obliegenden Mitwirkungspflichten bin ich besonders hingewiesen worden. Mir ist bekannt, dass ich bzw. die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft u. a. bei falschen bzw. unvollständigen Angaben oder bei nicht unverzüglicher Mitteilung von Änderungen ggf. die zuviel erhaltenen Leistungen zurückzahlen müssen.

Die Informationen des Jobcenters nach der Datenschutzgrundverordnung habe ich gelesen.  
[http://www.landkreis-bautzen.de/download/buergerservice/Jobcenter\\_Datenschutz.pdf](http://www.landkreis-bautzen.de/download/buergerservice/Jobcenter_Datenschutz.pdf)

48 \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers