

Anlage

zur Gewährung eines unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarfs
(zu Abschnitt 3 des Hauptantrags)



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen
finden Sie 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.

1. Persönliche Daten

1.1 Meine persönlichen Daten

| | |
|--|--------------|
| Anrede | Vorname |
| Familienname | Geburtsdatum |
| Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden) | |

1.2 Person in meiner Bedarfsgemeinschaft, für die der unabweisbare, laufende, nicht nur einmalige besondere Bedarf beantragt wird

| | |
|--------------|--------------|
| Anrede | Vorname |
| Familienname | Geburtsdatum |

2. Unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf

| | |
|--|--------------------------|
| Bezeichnung des besonderen Bedarfs, der geltend gemacht wird | |
| Der besondere Bedarf entsteht in folgenden Abständen: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4-jährlich <input type="checkbox"/> 1/2-jährlich <input type="checkbox"/> _____ | |
| Nächster Fälligkeitstermin des Bedarfs | Höhe des Bedarfs in Euro |
| <input type="checkbox"/> Die Höhe des besonderen Bedarfs ist gleichbleibend. <input type="checkbox"/> Die Höhe des besonderen Bedarfs ist nicht gleichbleibend. | |
| Fälligkeitstermin des Bedarfs | Höhe des Bedarfs in Euro |
| Fälligkeitstermin des Bedarfs | Höhe des Bedarfs in Euro |
| Fälligkeitstermin des Bedarfs | Höhe des Bedarfs in Euro |
| Fälligkeitstermin des Bedarfs | Höhe des Bedarfs in Euro |
| Fälligkeitstermin des Bedarfs | Höhe des Bedarfs in Euro |
| Fälligkeitstermin des Bedarfs | Höhe des Bedarfs in Euro |
| <input type="checkbox"/> Die Höhe des besonderen Bedarfs steht noch nicht fest. Er soll als Vorschuss in Höhe von _____ Euro gezahlt werden. | |



2

BB

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Gründe, weshalb der besondere Bedarf erforderlich ist:

Empty box for providing reasons for the need.

► Bitte begründen Sie, warum – Ihrer Ansicht nach – ein besonderer Bedarf erforderlich ist und legen Sie entsprechende Nachweise vor. ○

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.

Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft mit der Rückforderung der zu viel gezahlten Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus.

Beachten Sie bitte, dass das Jobcenter im Wege des automatisierten Datenabgleichs Auskünfte bei Dritten, z. B. über Beschäftigungszeiten, Kapitalerträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten.

Soweit Belege, die zum Nachweis des besonderen Bedarfs geeignet sind, vorliegen, habe ich sie beigefügt. Mir ist bewusst, dass die Leistung zweckentsprechend zu verwenden ist und ich werde entsprechende Nachweise (z. B. Quittungen) darüber erbringen. Sollte die Leistung nicht ihrem Zweck entsprechend verwendet werden, kann sie widerrufen werden.

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

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen