

Anlage Einkommen

Für jede Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

Name Antragsteller	Eingangsstempel/angenommen am
Aktenzeichen:	

I. Name des Antragstellers oder der mit dem Antragsteller in Bedarfsgemeinschaft lebenden Person
Name, Vorname

II. Arbeitsentgelt (Bitte entsprechende Verträge und die Lohnabrechnungen der letzten 6 Monate vorlegen!)	
Wird Arbeitsentgelt aus einer oder mehreren Beschäftigung/en erzielt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> nichtselbständige Tätigkeit <input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung <input type="checkbox"/> Ausbildungsvergütung	Arbeitszeit Stunden/Woche
Name und Anschrift der/des Arbeitgeber/s	
Die Zahlungen erfolgen im <input type="checkbox"/> laufenden Monat <input type="checkbox"/> folgenden Monat <input type="checkbox"/> auf mein Konto <input type="checkbox"/> in bar.	
Werden voraussichtlich in den nächsten 6 Monaten Sonderzuwendungen vom Arbeitgeber gezahlt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Urlaubsgeld <input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld <input type="checkbox"/> Jahresprämie <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	Zuflussmonat
Wird Einkommen aus einer selbständigen Tätigkeit erzielt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bitte die Anlage „EKS (vorausschauende Erklärung zum Einkommen aus ...“ ausfüllen und die Gewerbeanmeldung vorlegen.	

III. Entgeltersatzleistungen (Bitte entsprechende Bescheide und Zahlungsnachweise vorlegen!)	
Sind Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld (Alg I) <input type="checkbox"/> Kurzarbeitergeld <input type="checkbox"/> Insolvenzgeld <input type="checkbox"/> Gründungszuschuss	
<input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt	
Ruht bzw. erlosch Ihr Anspruch auf Alg I wegen Eintritts einer Sperrzeit gemäß § 144/§ 147 SGB III?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist eine der folgenden Leistung beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Verletztengeld	
<input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt	
Name und Anschrift des zuständigen Trägers	
Ist Elterngeld beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt	

IV. Rentenleistungen (Bitte Rentenbescheid und Zahlungsnachweise vorlegen)	
Ist eine gesetzliche und/oder private Rente beantragt? (z. B. Alters-, Erwerbsminderungs-, Hinterbliebenen-, Verletzten-, Knappschafts- und Zusatzrenten, Altersgeld)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenart	Rententräger
<input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet	
<input type="checkbox"/> abgelehnt Ist gegen die Entscheidung Rechtsmittel eingelegt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

V. Sonstige Einkommen (Bitte entsprechende Bescheide, Verträge und Zahlungsnachweise vorlegen)	
Wird Einkommen aus Vermietung, Untervermietung und Verpachtung erzielt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
in Höhe von _____ Euro monatlich	

Werden Aufwandsentschädigungen für nebenberufliche, gemeinnützige oder ehrenamtliche Tätigkeiten bezogen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art der Tätigkeit	in Höhe von _____	Euro monatlich

Werden Unterhaltszahlungen erhalten bzw. wurden Unterhaltsansprüche geltend gemacht?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unterhaltspflichtiger	in Höhe von _____	Euro monatlich

Ist Wohngeld beantragt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> bewilligt	in Höhe von _____	<input type="checkbox"/> abgelehnt
von _____ bis _____	_____ Euro monatlich	

Ist Kindergeld und/oder Kinderzuschlag beantragt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> bewilligt	in Höhe von _____	<input type="checkbox"/> abgelehnt
von _____ bis _____	_____ Euro monatlich	
Familienkasse	Kindergeldnummer	

Ist eine der folgenden Leistungen beantragt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Berufsausbildungsbeihilfe (BAB) <input type="checkbox"/> Ausbildungsgeld (ABG) <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Berufsausbildungsförderungsgesetz (BAföG)		<input type="checkbox"/> abgelehnt
<input type="checkbox"/> bewilligt	in Höhe von _____	
von _____ bis _____	_____ Euro monatlich	
zuständiger Träger		Aktenzeichen

Werden Einnahmen oder Einkommen aus Sachbezügen oder sonstige Einnahmen erzielt? (z. B. Pflegegeld, Trinkgeld, Taschengeld für Bundesfreiwilligendienst, FSJ/FÖJ, Wehrsold)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art der Einnahme/Tätigkeit		
von _____ bis _____	in Höhe von _____	Euro monatlich

VI. Nicht regelmäßig erzielte Einnahmen (Bitte entsprechende Nachweise vorlegen.)		
Werden Einnahmen erzielt, welche nicht monatlich zufließen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Steuererstattung <input type="checkbox"/> Zinsen/Kapitalerträge <input type="checkbox"/> Eigenheimzulage <input type="checkbox"/> Sonstige: _____		
in Höhe von _____	Zuflussmonat	_____ Euro monatlich
in Höhe von _____	Zuflussmonat	_____ Euro monatlich

VII. Ansprüche gegenüber Dritten (Bitte entsprechende Nachweise vorlegen.)		
Bestehen, ggf. noch nicht entschiedene, Ansprüche gegenüber Dritten?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Sozialversicherung <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Der Anspruch wurde geltend gemacht (Name und Anschrift des Anspruchsgegners, -grund, Zeitraum, Verfahrensstand, AZ)		

VIII. Aufwendungen für Versicherungen (Bitte Verträge und aktuelle Beitragsnachweise vorlegen.)		
Wird eine Kfz-Haftpflichtversicherung (ohne Teil-/ Vollkasko und Schutzbrief) gezahlt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼ jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich <input type="checkbox"/> jährlich	in Höhe von _____	Euro

Werden geförderte Altersvorsorgebeiträge (Riester - Bitte Bescheinigung nach § 92 EStG vorlegen) gezahlt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Versicherungsunternehmen	Versicherungsnummer
<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼ jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Mindesteigenbetrag in Höhe von _____ Euro
Weitere gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen	
Versicherungsunternehmen	Versicherungsnummer
<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼ jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Mindesteigenbetrag in Höhe von _____ Euro

IX. Sonstige monatliche Aufwendungen die u. a. nicht von Dritten/Arbeitgebern erstattet werden (Bitte aktuelle Nachweise zur Zahlung vorlegen!)	
Werden Unterhaltsleistungen an eine oder mehrere Personen erbracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Unterhaltsberechtigter	Verwandtschaftsverhältnis
Art der monatlichen Unterhaltsleistung	in Höhe von _____ Euro
Bitte den Unterhaltstitel und die entsprechenden Nachweise zur tatsächlichen Zahlung einreichen.	

Entsteht ein Mehraufwand für Verpflegung, weil die erwerbstätige leistungsberechtigte Person täglich mehr als mindestens zwölf Stunden von der Wohnung bzw. vom üblichen Beschäftigungsort entfernt ist? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Für _____ Arbeitstage im Monat.	in Höhe von _____ Euro monatlich
Bitte entsprechende Nachweise (z. B. Stundenzettel) einreichen.	

Entstehen Kosten für die Fahrt zwischen Wohnung und Arbeitsstätte? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Arbeitsort	Einfache Entfernung km	Arbeitstage/Woche
Kosten für die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel		in Höhe von _____ Euro monatlich
Fallen sonstige Aufwendungen an (z. B. doppelte Haushaltsführung, Beiträge zu Gewerkschaften)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Art der Aufwendung	in Höhe von _____ Euro monatlich	

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Künftige Änderungen der vorstehend gemachten Angaben werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.	
Ort, Datum	Unterschrift der unter I. genannten Person
Ort, Datum	Unterschrift gesetzlicher Vertreter (falls Antragsteller minderjährig)

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen bei den Punkten:	
Ort, Datum	Unterschrift der unter I. genannten Person
Ort, Datum	Unterschrift gesetzlicher Vertreter (falls Antragsteller minderjährig)