

## Veränderungsmitteilung bei Bezug von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

(Bitte in Druckschrift ausfüllen.)

**Hinweis:** Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I)

### 1. Persönliche Daten des Antragstellers/der Antragstellerin

Name, Vorname:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum:	

### 2. Änderungsanzeige

Ich möchte folgende Änderungen bekanntgeben:

- |   |                  |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Änderung der Anzahl der Personen in meinem Haushalt                        | → weiter mit 2.1 |
| <input type="checkbox"/> Änderung der Einkommens-/Vermögensverhältnisse                             | → weiter mit 2.2 |
| <input type="checkbox"/> Änderung der Krankenversicherung   | → weiter mit 2.3 |
| <input type="checkbox"/> Umzug  | → weiter mit 2.4 |
| <input type="checkbox"/> Änderung der Bankverbindung  | → weiter mit 2.5 |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen | → weiter mit 2.6 |

#### Zu 2.1 Änderung der Anzahl der Personen in meinem Haushalt

Die Anzahl der Person/en in der Bedarfs-/Haushaltsgemeinschaft hat sich ab \_\_\_\_\_ geändert.

Name	Vorname	Geb. am	Verwandtschaftsverhältnis

Die genannte/n Person/en ist/sind

- ausgezogen     eingezogen     Sonstige \_\_\_\_\_  
(z. B. Geburt eines Kindes)

#### Zu 2.2 Änderung der Einkommens-/Vermögensverhältnisse

**Änderung in den Einkommensverhältnissen**

Zum **Einkommen** gehören alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert unabhängig von ihrer Rechtsnatur (z. B. Arbeitseinkommen, Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Renten, Kindergeld, Wohngeld, Mieteinnahmen, Zinsen, Betriebskostenguthaben etc.)

von:

Name	Vorname	Geb. am	Verwandtschaftsverhältnis

erhält für den Zeitraum ab: \_\_\_\_\_

Arbeitslosengeld I, BAB, Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, BaföG

in Höhe von monatlich \_\_\_\_\_ EUR

**Zu 2.2**  **Änderung in den Vermögensverhältnisse**

Zum **Vermögen** gehören (z. B. Grundstücke, Sparkassen- und Bankguthaben, Rückkaufswerte kapitalbildender Versicherungen, Aktien, Fonds, PKW etc.)

von:

Name	Vorname	Geb. am	Verwandtschaftsverhältnis

Für die o. g. Person haben sich ab/seit dem \_\_\_\_\_ die Vermögensverhältnisse geändert.

Grund der Änderung: \_\_\_\_\_

**Zu 2.3** **Änderung der Krankenversicherung**

Name	Vorname	Geb. am	Verwandtschaftsverhältnis

Für die o. g. Person hat sich ab \_\_\_\_\_ folgendes geändert:

Krankenkassenzugehörigkeit

Höhe der Krankenkassenbeiträge: alt: KV: \_\_\_\_\_ EUR PV: \_\_\_\_\_ EUR

neu: KV: \_\_\_\_\_ EUR PV: \_\_\_\_\_ EUR

**Zu 2.4** **Umzug**

Folgende Person

Name	Vorname	Geb. am	Verwandtschaftsverhältnis

Die gesamte Bedarfsgemeinschaft zieht ab \_\_\_\_\_ um.

Die neue Anschrift lautet: \_\_\_\_\_

**Zu 2.5** **Änderung der Bankverbindung**

Die Bankverbindung von

Name	Vorname	Geb. am	Verwandtschaftsverhältnis

ändert sich ab \_\_\_\_\_

Kontoinhaber/in	
Name des Geldinstituts	
IBAN	
IBIS	

**Zu 2.6** **Sonstige Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen**

(z. B. Familienstand, Schwangerschaft, Mietkosten, Ortsabwesenheit etc.)

**Erklärung**

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden 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 zu viel erhaltenen Leistungen zurückzahlen müssen.

--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in  
(gesetzliche/r Vertreter/in)

Unterschrift Ehegatte/Partner/in

--	--	--

Dolmetscher/in (Name, Vorname)

Unterschrift Dolmetscher/in

Anschrift Dolmetscher/in

Landeshauptstadt Potsdam  
Fachbereich Soziales und Inklusion  
Bereich Soziales Leistungen und  
Integration  
Friedrich-Ebert-Str. 79/81  
14469 Potsdam

**Überweisungsermächtigung und  
Datenschutzrechtliche Einwilligung bei Zahlungsverkehr**

Name, Vorname	
geboren am	
wohnhaft in	

Ich beantrage die mir gewährten Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)  
ab dem \_\_\_\_\_ unbar auf das folgende Konto zu überweisen:

Bezeichnung des Geldinstituts	Name des Kontoinhabers
IBAN:	BIC

- Ich bin allein verfügungsberechtigt über das o. g. Konto.
- Ich erkläre, dass ich keine weiteren Konten unterhalte.
- Verfügungsberechtigt über das o. g. Konto ist/sind noch folgende Person/en:

Nr.	Name	Vorname

Unter Beachtung des § 60 Sozialgesetzbuch Teil I (SGB I) verpflichte ich mich, gegenüber dem Leistungsträger alle Tatsachen anzugeben, die für den Bezug von Leistungen nach dem AsylbLG von Bedeutung sind. Hierzu gehören insbesondere jede Änderung in den Einkommens- und Vermögensverhältnissen, in den Familien- und Aufenthaltsverhältnissen sowie jede Aufnahme in ein Krankenhaus, eine Anstalt oder ein Heim.

Ich verpflichte mich, zu viel erhaltene Beiträge zurückzuzahlen. Kontoführungsgebühren sind im Regelsatz enthalten. Kosten die im Zusammenhang mit dem Konto entstehen, werden daher grundsätzlich nicht vom Leistungsträger übernommen. Sollte ich durch einen Antrag beim Geldinstitut das Girokonto in ein Pfändungsschutzkonto (P-Konto) umwandeln, werde ich die Hinweise, die ich mit dieser Erklärung erhalte, beachten. Eine Ausführung dieser Erklärung habe ich erhalten.

Leistungsempfänger/in	Kontoinhaber/in (sofern nicht identisch mit dem/der Leistungsempfänger/in - <b>Kenntnis genommen:</b>
Datum, Unterschrift	Datum/Unterschrift