jobcenter Passau Land

PA LANDKREIS PASSAU

Erklärung

Kunde:
geb.:
Anschrift:
KdNr. / BG-Nr.:

Ich erkläre hiermit, dass ich ab dem _____ auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch verzichte.

Durch diese Erklärung werden meine Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. SGB I nicht berührt. Daher bin ich verpflichtet, für den laufenden Bewilligungsabschnitt meinen Mitwirkungspflichten gegenüber dem Jobcenter nachzukommen. Insbesondere Tatsachen und Änderungen (z. B. Einkünfte) anzugeben und nachzuweisen, die für die Leistungen erheblich sind. Dies kann auch der Fall sein, wenn sich meine Tatsachen oder Änderungen in den Verhältnissen auf andere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft auswirken können. Im Falle der Selbständigkeit ist eine abschließende Erklärung meiner Einnahmen und Ausgaben durch die Anlage EKS zum ursprünglichen Ende des laufenden Bewilligungsabschnitts erforderlich.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich in Zukunft frühestens ab dem Tag des Widerrufes dieser Erklärung bzw. vom Tage der erneuten Antragstellung an Leistungen erhalten kann, soweit die übrigen Voraussetzungen vorliegen.

Mir ist bekannt, dass ich in der Zeit, in der ich keine Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts erhalte, nicht durch den zuständigen Leistungsträger kranken- und pflegeversichert werde. Damit mir keine Nachteile entstehen, wurde mir empfohlen, mich an meine bisherige Krankenkasse beziehungsweise mein bisheriges Krankenversicherungsunternehmen zu wenden, um mich über einen möglichen Versicherungsschutz (zum Beispiel eine freiwillige Weiterversicherung) zu informieren.

Es ist mir zudem bekannt, dass ich unter bestimmten Voraussetzungen auf Antrag einen Zuschuss zu den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung erhalten kann, wenn ich allein durch die Zahlung dieser Beiträge hilfebedürftig werde.

Das **Merkblatt Bürgergeld – Grundsicherung für Arbeitssuchende – SGB II** und das **Merkblatt Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen der Kranken- und Pflegeversicherung zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit (§ 26 SGB II)** habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift