



IBAN (3)

Bearbeitungsvormerkung Nur vom Jobcenter auszufüllen	
3. Person, auf die sich die nachfolgenden Angaben beziehen (4. - 8.)	
Vorname	Familienname

4. Einkommen (19)		
4.1 Erwerbseinkommen		
Aufnahme einer neuen Erwerbstätigkeit	Andereing bei einer laufenden Erwerbstätigkeit	
Bitte nur Andereing in die bereits vorhandenen Felder eintragen.		
Art der Tätigkeit/Ausbildung	Beginn der Tätigkeit/Ausbildung	
Name und Anschrift des Arbeitgebers	Berufstelle Tätigkeit bis	
Arbeitseinstiegt (brutto) in Euro	Arbeitseinstiegt (netto) in Euro	
Wochentliche Arbeitszeit	Fälligkeit des ersten Arbeitseinstiegs	
Bitte füllen Sie die Anlage EK – bei Selbstständiger Tätigkeitszusätzlich die Anlage EKS – aus.		
Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)
Ihre Versicherung vor. Erstwähnende können Sie auch Ihre gültige elektronische Gesundheitskarte vorlegen.		
Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderen Nachweis der Krankenkasse über		
4.2 Sonstiges Einkommen		
z. B. Rente, Krankengeld, Übergangsgeld, Abreisesengeld, Elterngeld, Muttergeschäftsgeld, Kinderzuschlag, Wohngehalt, Steuerüberschattungen, insolvenzgeld, Zinsen, Erbschafte oder Scheinkunigau		
Ein weiteres Einkommen ist hinzugekommen bzw. wird hinzukommen.		
Eine Andereing im Einkommen ist eingetragen bzw. wird eingetragen.		
Grund der Andereing		
Datum der Andereing		
4.3 Absetzungen vom Einkommen		
Die Webungskosten (z. B. Fahrtkosten, doppelte Haushaltsführung) haben sich geändert bzw. werden sich ändern.		
Die Bankverbindungen hat sich geändert bzw. wird sich ändern.		
5. Bankverbindung		
Bankverbindung		
Erlassung geprift Handzeichen, Datum		
Kontoinhaberin/Kontoinhaber		
Datum der Andereing		
Bankverbindung		
Handzeichen, Datum		
Erlassung geprift Handzeichen, Datum		
Kreditinstitut		
Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.		

<input type="checkbox"/> Anlage KDU	6. Kosten der Unterkunft und Heizung	
Bearbeitungsvermerke		
Nur vom Jobcenter auszufüllen.		

7. Kranken- und Pflegeversicherung		
<input type="checkbox"/> Bitte füllen Sie die Anlage KDU aus und legen entsprechende Nachweise vor.		
Grund der Ande rung	Datum der Ande rung	
<input type="checkbox"/> Die Kosten der Unterkunft und Heizung haben sich geändert bzw. werden sich andern.		
Name der neuen Krankenkasse	Sitz der neuen Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> Die Krankenkasse hat sich geändert bzw. wird sich andern.		
Krankenversichertennummer (falls bekannt)	Datum der Ande rung	
<input type="checkbox"/> Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen Sandevetragen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor. Erstzweckes können Sie auch die gültige elektronische Gesundheitskarte vorlegen.		
Newe monatliche Höhe des Beitrags	Pflegeversicherungsbetrags in Euro	
<input type="checkbox"/> Bei privater Kranken- und Pflegeversicherung:		
Newe monatliche Höhe des Beitrags	Krankenversicherungsbetrags in Euro	
<input type="checkbox"/> Die Beitrags Höhe hat sich geändert bzw. wird sich andern.		
Neue monatliche Höhe des Beitrags im Basistarif	Basis tarif in Euro	
<input type="checkbox"/> Bitte legen Sie als Nachweis den aktuellen Bescheid über die Höhe des monatlichen Beitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung vor sowie einen Nachweis über den Beitrag, den Sie im Basis tarif zahlen würden.		
8. Weitere Ande rungen		
<input type="checkbox"/> Eine Abteilungskarte – durch einen Urlaß – eingetragen ist		
<input type="checkbox"/> Eine andere Leistung beantragt wurde (z. B. BaFG, Berufsausbildungsbefähigung, Ausbildungsbefähigung).		
<input type="checkbox"/> Sich eingetragen bzw. werden eintragen:		
<input type="checkbox"/> Folgende weitere Ande rungen in den Persönlichen und Wirtschaftlichen Verhältnissen		
At der Ande rung	Zeitpunkt der Ande rung	
At der Ande rung	Zeitpunkt der Ande rung	
At der Ande rung	Zeitpunkt der Ande rung	
At der Ande rung	Zeitpunkt der Ande rung	
<input type="checkbox"/> Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.		
At der Ande rung	Zeitpunkt der Ande rung	
<input type="checkbox"/> Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe „Merkblatt SG II“), ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60-65 jöbcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenfreigabe.		
<input type="checkbox"/> Bei Mindestjährigen: Unterschrift des/der Vertreterin/Vertreters		
Ort/Datum		