

BG-Nummer:

Kundennr:



Verzichtserklärung

Name, Vorname aller Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahre:

Anschrift:

Ich/Wir erklären hiermit, dass ich/wir ab dem Tag der Antragstellung nach § 37 SGB II auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch verzichte/n.

Durch diese Erklärung werden meine/unsere Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. SGB I nicht berührt. Daher bin ich/ sind wir verpflichtet, für den laufenden Bewilligungsabschnitt meinen/unseren 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/unsere Tatsachen oder Änderungen in den Verhältnissen auf andere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft auswirken können. Im Falle der Selbständigkeit ist eine abschließende Erklärung meiner/unserer Einnahmen und Ausgaben durch die Anlage EKS zum ursprünglichen Ende des laufenden Bewilligungsabschnitts erforderlich.

Ich bin/ Wir sind darüber informiert worden, dass ich/wir 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/Uns ist bekannt, dass ich/wir in der Zeit, in der ich/wir keine Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts erhalte/n, nicht durch den zuständigen Leistungsträger kranken- und pflegeversichert werde/n. Damit mir/uns keine Nachteile entstehen, wurde mir/uns empfohlen, mich an meine/unsere bisherige Krankenkasse beziehungsweise mein/unser bisheriges Krankenversicherungsunternehmen zu wenden, um mich/uns über einen möglichen Versicherungsschutz (zum Beispiel eine freiwillige Weiterversicherung) zu informieren.

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

Das **Merkblatt SGB II** und das **Merkblatt Zuschuss zu Beiträgen der Kranken- und Pflegeversicherung zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit** habe ich/haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift aller Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren