



Jobcenter - Kommunale Anstalt des öffentlichen Rechts für Beschäftigung und Arbeit des Landkreises Anhalt-Bitterfeld (KomBA - ABI)

Anlage BEBE

zur Beantragung eines laufenden, nicht vermeidbaren, besonderen Bedarfes
(zu Abschnitt 3 des Hauptantrages)

Diese Anlage ist Bestandteil des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II. Füllen Sie diese Anlage (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus. Beachten Sie bitte auch die Ausfüllhinweise.

Aktenzeichen	_____
Familienname, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers	_____

Antrag auf einen laufenden besonderen Bedarf Ich beantrage folgenden unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarf: _____ für mich <input type="checkbox"/> oder für <input type="checkbox"/> _____ (Name, Vorname einer weiteren Person der Bedarfsgemeinschaft) Der besondere Bedarf wird in folgenden Abständen entstehen: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4jährlich <input type="checkbox"/> 1/2jährlich <input type="checkbox"/> _____ am _____ in Höhe von _____ Euro <input type="checkbox"/> monatlich gleichbleibend Wenn die Höhe monatlich nicht gleichbleibend ist, tragen Sie sie bitte hier ein: am _____ in Höhe von _____ Euro am _____ in Höhe von _____ Euro am _____ in Höhe von _____ Euro am _____ in Höhe von _____ Euro am _____ in Höhe von _____ Euro <input type="checkbox"/> Die Höhe des besonderen Bedarfes steht noch nicht fest. Er soll in obiger Höhe als Vorschuss gezahlt werden. Begründen Sie bitte das Vorliegen des besonderen Bedarfes und legen entsprechende Nachweise vor. *) _____ _____ _____ _____ _____ _____
--

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben richtig sind. Soweit Belege darüber vorhanden sind, habe ich sie beigelegt. Mir ist bewusst, dass die Leistung zweckentsprechend zu verwenden ist und ich werde entsprechende Nachweise (Quittungen etc.) darüber erbringen. Sollte die Leistung nicht ihrem Zweck entsprechend verwendet werden, kann sie widerrufen werden.			
Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller	Ort/Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 - 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben.

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen.