

Anlage EK

Einkommenserklärung zur Feststellung der Einkommensverhältnisse jeder in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Person (zu Abschnitt 4 des Hauptantrages)

Diese Anlage ist Bestandteil des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II. Füllen Sie diese Anlage bitte (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben für jede Person der Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren aus. Beachten Sie bitte auch die Ausfüllhinweise.

Dienststelle	Eingangsstempel
Team	

Nummer der Bedarfsgemeinschaft _____
Familiename, Vorname
der Antragstellerin/des Antragstellers _____

Angaben zu der weiteren Person der Bedarfsgemeinschaft, auf die sich die Angaben in dieser Einkommenserklärung beziehen:
Familiename/ggf. Geburtsname, Vorname _____
Geburtsdatum _____

1. Angaben zum Einkommen der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der zur Bedarfsgemeinschaft gehörenden weiteren Person

1a Erzielen Sie bzw. erzielt o. g. Person Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung? Ja Nein
Wenn ja, bitte ggf. aktuelle auf der Lohnsteuerkarte eingetragene Steuerklasse angeben _____
(Hinweis: Sie können vom Leistungsträger aufgefordert werden, eine für Sie günstigere Lohnsteuerklasse eintragen zu lassen.) Lassen Sie bitte die **Einkommensbescheinigung** vom Arbeitgeber ausfüllen.

1b Erzielen Sie bzw. erzielt o. g. Person Einkommen aus einer selbständigen Tätigkeit? Ja Nein
Wenn ja, füllen Sie bitte **Anlage EKS** aus (die Abschnitte 5 und 6 dieser Anlage sind in diesem Fall nicht mehr auszufüllen).

1c Erhalten Sie bzw. erhält o. g. Person Arbeitslosengeld? Ja Nein
Wenn ja, Bemessungsentgelt _____ Euro täglich Höhe _____ Euro täglich
(Legen Sie bitte den Bewilligungsbescheid Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit vor.)

1d Beziehen Sie bzw. bezieht o. g. Person Rente aus der gesetzlichen Sozialversicherung (z. B. Rente wegen Alters oder Knappschaftsausgleichsleistungen, Unfall-/Verletztenrente), Betriebsrenten oder Pensionen? Ja Nein
Wenn ja, bitte Rentenart angeben _____ Höhe _____ Euro monatlich
(Legen Sie bitte eine Kopie des letzten Rentenbescheides vor.)

1e Erhalten Sie bzw. erhält o. g. Person Kindergeld? Ja Nein
Wenn ja, in Höhe von _____ Euro monatlich
(Kindergeld für Kinder unter 15 Jahren bitte in Abschnitt 4 angeben)

1f Beziehen Sie bzw. bezieht o.g. Person

- Einkommen aus Vermietung/Untervermietung oder Verpachtung, aus Land- und Forstwirtschaft? Ja Nein
Wenn ja, Art der Leistung _____ Höhe _____ Euro monatlich
- sonstige Entgeltersatzleistungen wie Übergangsgeld, Krankengeld usw.? Ja Nein
Wenn ja, Art der Leistung _____ Höhe _____ Euro monatlich
- Unterhaltsleistungen, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz oder Opferentschädigungsgesetz? Ja Nein
Wenn ja, Art der Leistung _____ Höhe _____ Euro monatlich
- Wohngeld, Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)? Ja Nein
Wenn ja, Art der Leistung _____ Höhe _____ Euro monatlich
- Sonstige laufende Einnahmen z. B. Elterngeld, Pflegegeld, Trinkgelder? Ja Nein
Wenn ja, Art der Einnahmen _____ Höhe _____ Euro monatlich

Legen Sie bitte den Bewilligungsbescheid bzw. sonstige entsprechende Nachweise vor.

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (vergleiche auch Kapitel 17 des Merkblattes). Nach § 60 Absatz 1 Erstes Sozialgesetzbuch (SGB I) hat derjenige, der Sozialleistungen beantragt oder erhält, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Hilfebedürftigkeit liegt nicht vor, wenn Sie über ausreichendes Einkommen oder Vermögen verfügen. Die Pflicht zur Erteilung von Auskünften betreffend Einkommen oder Vermögen der Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft ergibt sich aus § 60 SGB I.

1g Haben Sie bzw. hat o. g. Person Einkommen, das nicht regelmäßig erzielt wird (z. B. Steuerrückerstattung, Insolvenzgeld, Zinsen, Kapitalerträge)? * Ja Nein

Einkommensart	Einkommenshöhe	Datum des Zuflusses
	Euro	
	Euro	
	Euro	
	Euro	

Legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

1h Haben Sie bzw. hat o. g. Person sonstige Einnahmen oder Einkommen in Form von Sachbezügen? Ja Nein
 Wenn ja, Art der Einnahmen _____ Höhe _____ Euro monatlich

2. Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen *)

Haben Sie bzw. hat o. g. Person (eine) andere Leistung/en beantragt oder beabsichtigen Sie einen entsprechenden Antrag zu stellen? Ja Nein

Wenn ja,

Art der Leistung _____

Sozialleistungsträger _____

beantragt ab _____ für die Zeit ab _____

3. Ansprüche gegenüber Arbeitgeber

Erheben Sie oder erhebt o. g. Person Ansprüche gegen den letzten Arbeitgeber für noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (z. B. bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder gegen einen ehemaligen Arbeitgeber für Zeiten nach dem Ausscheiden (z. B. bei noch ausstehenden Abfindungen)? Ja Nein

Wenn ja,

Anschrift des Arbeitgebers _____

Grund _____

Gericht/AZ _____

4. Einkommen der Kinder unter 15 Jahren in Ihrer Bedarfsgemeinschaft

4a Werden für Kinder unter 15 Jahren innerhalb der Bedarfsgemeinschaft Leistungen (z. B. Kindergeld, Waisenrente, Unfall-/Verletztenrente, Unterhaltszahlungen, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz, Sozialhilfe nach dem SGB XII, Zinsen oder Kapitalerträge) gewährt? Ja Nein

Wenn ja, machen Sie bitte folgende Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum	Einkommensart	Einkommenshöhe
				Euro
				Euro
				Euro
				Euro
				Euro
				Euro
				Euro

Legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

4b Wurden für das Kind Sozialleistungen beantragt? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Wann und bei wem erfolgte die Beantragung? _____

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen

5. Aufwendungen durch das Arbeitsverhältnis, die nicht vom Arbeitgeber oder Dritten erstattet werden:

Die mit Erzielung des Einkommens aus unselbständiger Erwerbstätigkeit verbundenen notwendigen Ausgaben (Werbungskosten) werden pauschal berücksichtigt. Der Absetzbetrag beträgt monatlich ein Sechzigstel der steuerrechtlichen Werbungskostenpauschale. Entstehende Aufwendungen für die Fahrt zur Arbeitsstätte werden zusätzlich mit 0,20 Euro je Entfernungskilometer vom Einkommen abgesetzt. Entstehen höhere notwendige Ausgaben, müssen diese nachgewiesen werden.

5a Die kürzeste Straßenverbindung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte in _____ beträgt _____ km (einfache Entfernung). Diese Strecke wird regelmäßig an _____ Arbeitstagen je Woche zurückgelegt.

5b Entstehen Ihnen bzw. o. g. Person höhere Aufwendungen, z. B. für eine Monatskarte bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel? Ja Nein

Wenn ja, bitte erläutern:

_____ Fügen Sie bitte entsprechende Nachweise bei.

5c Werden Zuschüsse zu den Fahrkosten von Dritten (Arbeitgeberzuschuss/Fahrkostenbeihilfe) gewährt? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Höhe _____ Euro monatlich

Legen Sie bitte den Bewilligungsbescheid oder sonstige Nachweise vor.

5d Wurden Zuschüsse zu den Fahrkosten bei Dritten beantragt? Ja Nein

5e Haben Sie bzw. o. g. Person sonstige Aufwendungen durch das Arbeitsverhältnis (z. B. doppelte Haushaltsführung)? Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Art und die Höhe der Aufwendungen an.

(Sollten mehrere verschiedene Aufwendungen vorliegen, führen Sie bitte die einzelnen Posten auf einem gesonderten Blatt auf und tragen hier die Gesamtsumme ein.)

_____ in Höhe von _____ Euro

6. Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen (auch bei sonstigem Einkommen)

6a Zahlen Sie bzw. o. g. Person eine Kfz-Haftpflichtversicherung (ohne Teil-/Vollkasko)? Ja Nein

Wenn ja, in Höhe von monatlich 1/4jährlich 1/2jährlich jährlich _____ Euro

6b Zahlen Sie bzw. o. g. Person weitere gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen (z. B. Haftpflichtversicherung für bestimmte Berufsgruppen)? Ja Nein

Wenn ja, in Höhe von monatlich 1/4jährlich 1/2jährlich jährlich _____ Euro

6c Zahlen Sie bzw. o. g. Person geförderte Altersvorsorgebeiträge nach § 82 EStG, soweit sie den Mindesteigenbetrag nach § 86 EStG nicht überschreiten (z. B. Beiträge zur "Riester-Rente" oder an einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder eine Direktversicherung zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung, Unfallrente)? Ja Nein

Wenn ja, in Höhe von monatlich 1/4jährlich 1/2jährlich jährlich _____ Euro

Legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Hinweis:

Für andere private Versicherungen, die nach Grund und Höhe angemessen sind und nicht zu den in Ziff. 6a - c genannten Versicherungen gehören (z. B. Haftpflicht, Hausrat), werden vom Einkommen monatlich **pauschal 30 Euro** abgesetzt. **Für diese Versicherungen brauchen Sie daher keine Nachweise vorzulegen.**

Wenn Sie in der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung nicht versicherungspflichtig sind, können Beiträge zur Vorsorge für den Fall der Krankheit, der Pflegebedürftigkeit und der Altersvorsorge vom Einkommen abgesetzt werden. Hierzu sind ggf. entsprechende Nachweise beizufügen.

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen

7. Weitere Absetzungsmöglichkeiten

7a Hier können insbesondere Unterhaltsleistungen eingetragen werden, die ein Bezieher von Einkommen an unterhaltsberechtigte Personen außerhalb der Bedarfsgemeinschaft aufgrund eines Unterhaltstitels tatsächlich erbringt.

Name, Vorname des Unterhaltsberechtigten

Verwandtschaftsverhältnis

Höhe der Unterhaltsleistungen

Euro monatlich

Bitte Unterhaltstitel (z. B. Urteil, gerichtliche Einigung, Unterhaltsurkunde) und Nachweis über tatsächlich erbrachte Unterhaltsleistungen vorlegen. *)

7b Sonstige Absetzungsmöglichkeiten (z. B. Beiträge zur Arbeitsförderung bei freiwilliger Weiterversicherung oder Einkommen, dass bereits bei der Feststellung von Ansprüchen der Ausbildungsförderung angerechnet wurde):

Art der Absetzung

Höhe

Euro monatlich

Legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Bei wesentlichen Änderungen der Einkommenshöhe oder der Aufwendungen einschließlich der Unterhaltsleistungen sind Sie verpflichtet, diese unverzüglich mitzuteilen und entsprechende Nachweise vorzulegen. Dies gilt insbesondere für Änderungen innerhalb des folgenden Bewilligungszeitraums, der in der Regel sechs Monate umfasst. Bei Änderungen in der Höhe des Arbeitsentgelts legen Sie bitte eine neue Einkommensbescheinigung Ihres Arbeitgebers vor. Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie nicht nur mit der Erstattung der zu Unrecht erhaltenen Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus.

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/
Antragsteller

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreters minderjähriger
Antragstellerinnen/Antragsteller

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten: _____

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/
Antragsteller

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreters minderjähriger
Antragstellerinnen/Antragsteller

*) Nähere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen