

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Landratsamt München

Stand: Januar 2019

© Landratsamt München

**LANDRATSAMT MÜNCHEN**  
**- Referat 2.2 -**  
Mariahilfplatz 17  
**81541 München**

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_  
Tag der Antragstellung: \_\_\_\_\_  
Eingangsdatum: \_\_\_\_\_  
(nicht vom Antragsteller auszufüllen!)

## Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts

nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch  
(SGB II)

### 1. Antragsteller/in

Nachname		Geburtsname (bei Abweichung)	
Vorname/n (Rufname bitte in Großbuchstaben)			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geburtsland		Staatsangehörigkeit	
Wohnort: Straße Hausnummer		Wohnort: PLZ Ort	
Telefon	Fax	Handy	
E-Mail			

<b>Bankverbindung:</b> Konto-Inhaber/in	Konto-Nummer
Bank	BLZ
IBAN	SWIFT-BIC

<b>Pass- bzw. Personalausweisnummer</b>	Ausstellungsdatum
Ausstellungsbehörde	

<b>Familienstand:</b>	
<input type="checkbox"/> ledig	Datum
<input type="checkbox"/> verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft seit	Datum
<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit	Datum
<input type="checkbox"/> geschieden seit	Datum
<input type="checkbox"/> verwitwet seit	

## 2. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Sind Sie Berechtigte/r nach dem Asylbewerberleistungsgesetz? (Wenn ja, legen Sie bitte die entsprechenden Nachweise vor.)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Schüler/in?	Beginn: _____ Ende: _____ (Tag/Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Student/in?	Beginn: _____ Ende: _____ (Tag/Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Befinden Sie sich in einer beruflichen Ausbildung?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beginn: _____ Ende: _____ (Tag/Monat/Jahr)		(Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung, Studienbescheinigung oder den Ausbildungsvertrag vor.)	
Befinden Sie sich zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Unterbringung (Tag/Monat/Jahr) vom _____ bis _____			
bzw. ab _____ (Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.)			

## 3. Krankenkasse und Rentenversicherung

Name der Krankenkasse: (KK-Karte vorlegen)		Krankenversicherungs-Nr.:
Rentenversicherungs-Nr.: (SV-Ausweis vorlegen)		<input type="checkbox"/> keine Rentenversicherungs-Nummer vorhanden

## 4. Der Hilfesuchende lebt mit folgenden Angehörigen oder sonstigen Personen in einem Haushalt zusammen:

Landratsamt München

1

<input type="checkbox"/> Ich wohne alleine.	<input type="checkbox"/> Ich wohne mit ( _____ ) Personen im Haushalt. (Bitte jede Person unten angeben)
Nachname, (ggf. Geburtsname) _____ Vorname _____	
Geburtsdatum _____	Geburtsort _____ Geburtsland _____
Staatsangehörigkeit _____	Verwandschaftliches Verhältnis bzw. Stellung zum Antragsteller/in _____
Familienstand	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ Datum _____
Name der Krankenkasse (KK-Karte vorlegen) _____ Krankenversicherungs-Nr. _____	
Rentenversicherungs-Nr. (SV-Ausweis vorlegen) _____ <input type="checkbox"/> keine Rentenversicherungs-Nummer vorhanden	
Ist sie/er Berechtigte/r nach dem Asylbewerberleistungsgesetz? (Wenn ja, legen Sie bitte die entsprechenden Nachweise vor.)	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ist sie/er - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ist er/sie Schüler/in?	Beginn: _____ Ende: _____ (Tag/Monat/Jahr)
Ist er/sie Student/in?	Beginn: _____ Ende: _____ (Tag/Monat/Jahr)
Befindet er/sie sich in einer beruflichen Ausbildung?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Beginn: _____ Ende: _____ (Tag/Monat/Jahr)	
(Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung, Studienbescheinigung oder den Ausbildungsvertrag vor.)	
Befindet er/sie sich zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, Unterbringung (Tag/Monat/Jahr) vom _____ bis _____	
bzw. ab _____ (Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.)	

© Landratsamt München

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

<b>2</b>	Nachname, (ggf. Geburtsname)		Vorname	
	Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland	
	Staatsangehörigkeit		Verwandschaftliches Verhältnis bzw. Stellung zum Antragsteller/in	
	Familienstand			
	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
	<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	seit <input type="text"/> Datum
	Name der Krankenkasse (KK-Karte vorlegen)		Krankenversicherungs-Nr.	
	Rentenversicherungs-Nr. (SV-Ausweis vorlegen)		<input type="checkbox"/> keine Rentenversicherungs-Nummer vorhanden	
	Ist sie/er Berechtigte/r nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?		(Wenn ja, legen Sie bitte die entsprechenden Nachweise vor.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Ist sie/er - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Ist er/sie Schüler/in?	Beginn: <input type="text"/>	Ende: <input type="text"/>	(Tag/Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Beginn: <input type="text"/>	Ende: <input type="text"/>	(Tag/Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Befindet er/sie sich in einer beruflichen Ausbildung?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Beginn: <input type="text"/>		Ende: <input type="text"/> (Tag/Monat/Jahr)	

(Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung, Studienbescheinigung oder den Ausbildungsvertrag vor.)

Befindet er/sie sich zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, Unterbringung (Tag/Monat/Jahr) vom <input type="text"/>		bis <input type="text"/>	
bzw. ab <input type="text"/>		(Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.)	

Landratsamt München

<b>3</b>	Nachname, (ggf. Geburtsname)		Vorname	
	Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland	
	Staatsangehörigkeit		Verwandschaftliches Verhältnis bzw. Stellung zum Antragsteller/in	
	Familienstand			
	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
	<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	seit <input type="text"/> Datum
	Name der Krankenkasse (KK-Karte vorlegen)		Krankenversicherungs-Nr.	
	Rentenversicherungs-Nr. (SV-Ausweis vorlegen)		<input type="checkbox"/> keine Rentenversicherungs-Nummer vorhanden	
	Ist sie/er Berechtigte/r nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?		(Wenn ja, legen Sie bitte die entsprechenden Nachweise vor.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Ist sie/er - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Ist er/sie Schüler/in?	Beginn: <input type="text"/>	Ende: <input type="text"/>	(Tag/Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Ist er/sie Student/in?	Beginn: <input type="text"/>	Ende: <input type="text"/>	(Tag/Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Befindet er/sie sich in einer beruflichen Ausbildung?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Beginn: <input type="text"/>		Ende: <input type="text"/> (Tag/Monat/Jahr)	

(Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung, Studienbescheinigung oder den Ausbildungsvertrag vor.)

Befindet er/sie sich zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, Unterbringung (Tag/Monat/Jahr) vom <input type="text"/>		bis <input type="text"/>	
bzw. ab <input type="text"/>		(Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.)	

© Landratsamt München

4	Nachname, (ggf. Geburtsname)		Vorname		
	Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland		
	Staatsangehörigkeit		Verwandtschaftliches Verhältnis bzw. Stellung zum Antragsteller/in		
	Familienstand				
	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	
	<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	seit <input type="text"/> Datum	
	Name der Krankenkasse (KK-Karte vorlegen)			Krankenversicherungs-Nr.	
	Rentenversicherungs-Nr. (SV-Ausweis vorlegen)		<input type="checkbox"/> keine Rentenversicherungs-Nummer vorhanden		
	Ist sie/er Berechtigte/r nach dem Asylbewerberleistungsgesetz? (Wenn ja, legen Sie bitte die entsprechenden Nachweise vor.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
	Ist sie/er - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Ist er/sie Schüler/in?	Beginn:	Ende:	(Tag/Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ist er/sie Student/in?	Beginn:	Ende:	(Tag/Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Befindet er/sie sich in einer beruflichen Ausbildung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Beginn:		Ende:		(Tag/Monat/Jahr)	
(Legen Sie bitte eine Schulbescheinigung, Studienbescheinigung oder den Ausbildungsvertrag vor.)					
Befindet er/sie sich zurzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Wenn ja, Unterbringung (Tag/Monat/Jahr) vom <input type="text"/> bis <input type="text"/>					
bzw. ab <input type="text"/> (Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.)					

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Landratsamt München

© Landratsamt München

### 5. Kosten der Unterkunft

(Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise (Mietvertrag, letzte Heiz- und Nebenkostenabrechnung, ggf. Mietquittungen) bei.)

Die Unterkunft wird von ( <input type="text"/> ) Personen bewohnt.				
Der Wohnraum wird beheizt mit <input type="checkbox"/> Einzelheizung <input type="checkbox"/> Sammelheizung				
<input type="checkbox"/> Holz / Kohle	<input type="checkbox"/> Elektro	<input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> sonstige:
Die Wohnung befindet sich im <input type="checkbox"/> Souterrain <input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> 1. OG <input type="checkbox"/> 2. OG <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/> DG				
Besondere persönliche Verhältnisse (z.B. Kleinkind im Haushalt) oder Besonderheiten der Wohnung, die zu höheren Heizkosten führen bzw. führen können:				
Ich wohne zur <input type="checkbox"/> Miete		<input type="checkbox"/> Untermiete		<input type="checkbox"/> Ich besitze Wohneigentum
Anzahl <input type="text"/>		Anzahl <input type="text"/>		seit <input type="text"/> Anzahl <input type="text"/>
Die Räumlichkeiten bestehen aus <input type="text"/> Küche(n) <input type="text"/> Schlafzimmer <input type="text"/> Wohnzimmer <input type="text"/> Bäder				
Anzahl <input type="text"/>		Anzahl <input type="text"/>		Anzahl <input type="text"/>
sonstige Räume <input type="text"/>			<b>Wohnfläche gesamt</b> <input type="text"/> m <sup>2</sup>	
Ausstattung der Wohnung <input type="checkbox"/> unmöbliert <input type="checkbox"/> teilmöbliert <input type="checkbox"/> vollmöbliert				
Die Wohnung wird von Ihnen <input type="checkbox"/> untervermietet <input type="checkbox"/> nicht untervermietet				

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Landratsamt München

© Landratsamt München

**Mietwohnung**

<b>Die monatliche Netto- / Kaltmiete beträgt</b>	Euro	Ist in den Heizkosten Warmwasser enthalten?
Nebenkostenabschlag (ohne Heizkosten)	Euro	
Heizkostenabschlag	Euro	
ggf. Stellplatz / Garage	Euro	Werden Heizkosten separat gezahlt?
sonstige Kosten / Abschläge (kein Haushaltsstrom)	Euro	
<b>Zusammen</b>	Euro	

**Pauschalmiete**

<b>Die monatliche Pauschalmiete beträgt</b>	Euro	In der Pauschalmiete sind enthalten:			
<input type="checkbox"/> Nebenkosten (ohne Heizung)	<input type="checkbox"/> Heizung	<input type="checkbox"/> Warmwasser	<input type="checkbox"/> Strom		
ggf. sonstige Kosten / Abschlagszahlungen	Euro				

**Wohneigentum**

monatliche Zinsbelastung / Tilgung	Euro	Sind Heizkosten in der Abschlagszahlung enthalten?	
monatliche Abschlagszahlung(en) <small>(bei ETW = umlagefähige Kosten)</small>	Euro		
ggf. Heizkostenabschlag	Euro		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
ggf. sonstige Kosten <small>(bitte auf gesondertem Blatt auflisten)</small>	Euro		
<b>Zusammen</b>	Euro		

Entsprechende Nachweise (Mietvertrag, letzte Heiz- und Nebenkostenabrechnung, ggf. Mietquittungen, etc.) sind beigefügt.

**6. Sozialversicherung (Kranken- und Pflegeversicherung)**

Grundsätzlich tritt mit der Leistungsgewährung von Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II auch Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ein. Da es zu dieser Regelung Ausnahmen gibt, benötigen wir von Ihnen einige Angaben, um Sie dem richtigen Versicherungszweig zuordnen zu können und zu klären, ob Ihnen ein Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen gewährt werden kann. **Dieses Formular ist bei Bedarf ggf. auch von mehreren Personen Ihrer Bedarfsgemeinschaft auszufüllen.**

Die Angaben in diesem Formular beziehen sich auf:

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
----------	---------	--------------

Ich bin derzeit **privat krankenversichert** und beantrage daher einen Zuschuss zu den Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung  
(In diesem Fall benötigen wir einen Nachweis über Ihre derzeitigen Beiträge und zudem eine Bestätigung Ihres Versicherungsunternehmens über deren Basistarif.)

Ich bin derzeit **freiwillig gesetzlich versichert** und beantrage daher einen Zuschuss zu den Beiträgen zur freiwilligen gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung  
(Abhängig von den gewährten Leistungen versichern wir Sie ganz regulär in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sollte dies nicht möglich sein, wird Ihr Leistungssachbearbeiter Sie weitergehend beraten.)

Ich bin derzeit **familienversichert** in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.  
(Durch den Leistungsbezug ändert sich nichts. Sie bleiben weiterhin in der Familienversicherung.)

Ich bin derzeit **in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versichert, habe aber nicht den Status 3.**

Versicherungsstatus nicht geklärt (z.B. bei Versicherungsrückständen)

## 7. Besondere Mehrbedarfe

Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind. Dies gilt für alle Personen innerhalb des Haushalts.  
Diese Angaben sind **freiwillig** und nur erforderlich, sofern Sie einen Mehrbedarf beanspruchen.

Ein Mehrbedarf wird beantragt.  Ja  Nein

Eine Person innerhalb der Haushaltsgemeinschaft ist **schwanger**. (Bitte Mutterschaftspass vorlegen).

Nachname  Vorname

Eine Person innerhalb der Haushaltsgemeinschaft gehört zum Personenkreis der **schwer behinderten Menschen** und erhält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Bitte Schwerbehindertenausweis vorlegen).

Nachname  Vorname

Eine Person innerhalb der Haushaltsgemeinschaft erhält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Sozialgesetzbuch (SGB IX) sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben. (Bitte Nachweise vorlegen).

Nachname  Vorname

Eine Person innerhalb der Haushaltsgemeinschaft erhält Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) (Bitte Nachweise vorlegen).

Nachname  Vorname

Eine Person innerhalb der Haushaltsgemeinschaft bedarf aus medizinischen Gründen einer **kostenaufwändigen Ernährung**. (Bitte ärztliche Bescheinigung (siehe Anhang) vorlegen).

Nachname  Vorname

Sind Sie **alleinerziehend**?  Ja  Nein

Sind Sie nicht erwerbsfähig und Inhaber eines Ausweises (nach § 69 Abs. 5 SGB IX) mit dem **Merkzeichen G**? (Legen Sie bitte den entsprechenden amtlichen Ausweis vor.)  Ja  Nein

Besteht in Ihrer Bedarfsgemeinschaft ein laufender besonderer Bedarf aufgrund eines besonderen Lebensumstands (z.B. Kosten für den Besuch eines außerhalb der Bedarfsgemeinschaft lebenden Elternteils)?  Ja  Nein

Der besondere Bedarf wird in folgenden Abständen entstehen:

monatlich  1/4 jährlich  1/2 jährlich

am  in Höhe von  Euro  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

Begründen Sie bitte das Vorliegen des besonderen Bedarfes und legen entsprechende Nachweise vor. Erläutern Sie auch, um welche anderen Hilfestellungen Sie sich bemüht haben (z.B. Familie, Krankenkasse, Jugendamt, usw.)

Ich wurde darüber informiert, dass Alleinerziehende, Schwangere, Behinderte, Kranke, Erwerbsunfähige, Personen in besonderen Lebenslagen unter gewissen Voraussetzungen einen Mehrbedarf erhalten können. Mir ist bewusst, dass die Leistung zweckentsprechend zu verwenden ist und ich werde die entsprechenden Nachweise (Quittungen, etc.) darüber erbringen. Sollte die Leistung nicht ihrem Zweck entsprechend verwendet werden, kann sie widerrufen werden.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Landratsamt München

© Landratsamt München

**Bitte überprüfen Sie alle Angaben nochmals genau.  
Vermeiden Sie in jedem Fall unrichtige oder unvollständige Angaben.**

**Hinweis:**

Bei der unter "Antragsteller" genannten Person, die die Leistungen beantragt hat, wird von der Vermutung ausgegangen, dass diese auch die Vertretung der Bedarfsgemeinschaft übernommen hat. Diese Vermutung gilt dann nicht mehr, wenn andere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Jobcenter des Landkreises München erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen (§ 38 SGB II).

**Zu dem Antrag wurden folgende Anlagen abgegeben:**

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Anlage zur Abgrenzung Bedarfs- und Haushaltsgemeinschaft  |
| <input type="checkbox"/> | Anlage zur Einkommens- und Vermögenserklärung   |
| <input type="checkbox"/> | Anlage zum Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb oder Land- und Forstwirtschaft |
| <input type="checkbox"/> | Anlage zu Mehrbedarf Ernährung (Ärztliche Bescheinigung zum Mehrbedarf Ernährung)               |

**Erklärung:**

**Ich habe das Merkblatt des Jobcenters Landkreis München erhalten und kenne dessen Inhalt. Offene Fragen zum Merkblatt habe ich unverzüglich mit meinen Ansprechpartnern im Jobcenter geklärt.**

Ich versichere, dass alle von mir/uns gemachten Angaben zutreffen. Soweit Belege darüber vorhanden sind, habe ich sie beigelegt. Ich habe das Merkblatt des Jobcenters Landkreis München erhalten und kenne dessen Inhalt. Offene Fragen zum Merkblatt habe ich unverzüglich mit meinen Ansprechpartnern im Jobcenter geklärt. Änderungen, insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen. Ich weiß, dass ich wegen wissentlicher falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten muss.

Die von Ihnen geforderten Mitwirkungshandlungen haben im Einklang mit dem Sozialdatenschutz zu stehen. Sie dürfen deshalb eine **Schwärzung** von personenbezogenen Daten vornehmen, die Rückschlüsse auf die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse und philosophische Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit oder Sexualleben geben. Bei Vorlage von Kontoauszügen dürfen in diesen Fällen lediglich der Verwendungszweck und der Empfänger, nicht jedoch der Betrag geschwärzt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass das Jobcenter auch ungeschwärzte Kontoauszüge in die dort geführte Akte aufnehmen darf.

Unterschrift Antragsteller/in

ggf. Unterschrift Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in

Wir weisen darauf, dass das Jobcenter Ihre personenbezogenen Daten an den Bundesrechnungshof und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales weitergeben kann (§ 6b Abs. 4 S.1 und § 6b Abs. 3 SGB II).

**Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich vor Beginn der Arbeit dem Jobcenter des Landkreises München melden.**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Landratsamt München

© Landratsamt München

## Betreuung

Ist eine Betreuerin / ein Betreuer bestellt?

Ja  Nein

### Betreuer/in ist

Nachname

Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Ort, Datum

Unterschrift Betreuer/in

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

### Unterschriften aller Haushaltsangehöriger ab dem 15. Lebensjahr


**Alle volljährigen Mitglieder** der Bedarfsgemeinschaft erklären sich damit einverstanden, dass ein Abdruck des Bescheides sowie wichtige Entscheidungen auch an die Wohnortgemeinde gesandt werden.

Ja  Nein

Dieses Verfahren ermöglicht es Ihnen auch bei Ihrer Gemeinde schnell und unbürokratisch Belange Ihres Leistungsbezugs abwickeln zu können. Diese Erklärung wird freiwillig abgegeben und ist jederzeit widerrufbar.

Landratsamt München

© Landratsamt München



# Anlage zur Einkommens- und Vermögensklärung zum Antrag und beim Bezug von Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitssuchende

## 1. Einkommensverhältnisse: Antragsteller/in und Bedarfsgemeinschaft

**Hinweis:** Die Art und Höhe der Einkünfte sind anzugeben und **zu belegen!**

Art des Einkommens Nicht zutreffendes bitte streichen oder durch "entfällt" kennzeichnen.	Antragsteller/in wie im Antrag	Ehegatte / Partner/in wie im Antrag	1. Kind, Vorname	2. Kind, Vorname
	Wert in Euro	Wert in Euro	Wert in Euro	Wert in Euro
Erwarten Sie Zahlungen außer den mit diesem Formular beantragten Leistungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erwerbseinkommen aus nicht selbständiger Tätigkeit (z.B. Lohn, Gehalt)				
Einnahmen aus Gewerbe, Handel, Freiberuf, Land- und Forstwirtschaft oder aus Online-Plattformen (Durchschnittsgewinn der letzten 6 Monate)	In diesem Fall füllen Sie bitte die "Anlage zum Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb oder Land- und Forstwirtschaft" aus.			
Ausbildungsvergütung				
Berufsausbildungsbeihilfe (BAB) oder BAföG-Leistungen				
Arbeitslosengeld I nach dem SGB III				
sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit (z.B. Gründungszuschuss, Fahrtkosten)				
Kindergeld Antrag wurde gestellt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wann:				
Kindergeldzuschlag nach § 6a BKGG Antrag wurde gestellt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wann:				
Leistungen der Krankenkasse (z.B. Krankengeld)				
Übergangsgeld				
Unterhaltsvorschuss (UVG) für Kinder				
Unterhalt (z.B. Ehegatten- / Kindesunterhalt)				
Mutterschaftsgeld				
Wohngeld / Lastenzuschuss				
Elterngeld / Landeserziehungsgeld				
Renten: z.B.: Knappschaftsrente, landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen-/Witwerrente, Erwerbsminderungsrente, (Halb-)Waisenrente, Betriebsrente, Zusatzrente, Unfallrente, sonstige Renten (z.B. ausländische Renten)	Art			
	Art			

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Landratsamt München

© Landratsamt München

Art des Einkommens Nicht zutreffendes bitte streichen oder durch "entfällt" kennzeichnen.		Antragsteller/in wie im Antrag	Ehegatte / Partner/in wie im Antrag	1. Kind, Vorname	2. Kind, Vorname
		Wert in Euro	Wert in Euro	Wert in Euro	Wert in Euro
Pension					
Einkommen aus Vermietung und Verpachtung					
Einkommen aus Kapitalvermögen (z.B. Zinsen, Dividenden)					
Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler					
Zuwendungen Dritter					
Sonstige Einkünfte: z.B.: Sozialhilfe nach dem SGB XII, Leistungen der Pflegekasse (z.B. Pflegegeld), Grundrente nach dem BVG, Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz in Form von Unterhaltsbeihilfe, Ausgleichsrente, Entschädigungsrente	Art				

## 2. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge

Hinweis: Bitte Nachweise beifügen! Nicht zutreffendes bitte streichen oder durch "entfällt" kennzeichnen.		Antragsteller/in wie im Antrag	Ehegatte / Partner/in wie im Antrag	1. Kind, Vorname	2. Kind, Vorname
		Wert in Euro	Wert in Euro	Wert in Euro	Wert in Euro
gesetzliche Abzüge wie Steuern aus Einkommen einschließlich Soli, KV/PV, AV, RV					
Beiträge für private oder öffentliche Versicherungen soweit gesetzlich vorgeschrieben					

Unterhaltsleistungen:		
Nachname, Vorname des Unterhaltsberechtigten	Verwandtschaftsverhältnis	Höhe der Unterhaltsleistungen Euro monatlich
Bitte Unterhaltstitel - z.B. Urteil, gerichtliche Einigung, Unterhaltsurkunde - und Nachweis über tatsächlich erbrachte Unterhaltsleistungen vorlegen.		

		Antragsteller/in wie im Antrag	Ehegatte / Partner/in wie im Antrag	1. Kind, Vorname	2. Kind, Vorname
		Wert in Euro	Wert in Euro	Wert in Euro	Wert in Euro
geförderte Altersvorsorgebeiträge nach § 82 EStG (Riester-Rente)					
Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens bei unselbständiger Tätigkeit	Arbeitsmittel				
	Fahrtkosten zur Arbeitsstelle				

	Antragsteller/in wie im Antrag	Ehegatte / Partner/in wie im Antrag	1. Kind, Vorname	2. Kind, Vorname
	Wert in Euro	Wert in Euro	Wert in Euro	Wert in Euro
benutztes Verkehrsmittel				
kürzeste Straßenverbindung zwischen Wohnung - Arbeitsstätte (einfach) in km				
sonstige (z.B. doppelte Haushaltsführung)				
Beiträge zu Berufsverbänden / Gewerkschaften				
Kfz-Haftpflichtversicherung				
Rentenversicherung / Beiträge für private Altersvorsorge (bei Selbständigen)				
absetzbare Beträge	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine

### 3. Sonstige Ansprüche

	Antragsteller/in wie im Antrag	Ehegatte / Partner/in wie im Antrag	1. Kind	2. Kind
<b>a) Agentur für Arbeit wegen Arbeitslosengeld I</b>	Ein Antrag wurde gestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	Ein Antrag wurde gestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	Ein Antrag wurde gestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	Ein Antrag wurde gestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:
	für die Zeit ab: bei Agentur in	für die Zeit ab: bei Agentur in	für die Zeit ab: bei Agentur in	für die Zeit ab: bei Agentur in
<b>b) Krankenkasse wegen Krankengeld</b>	Ein Antrag wurde gestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	Ein Antrag wurde gestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	Ein Antrag wurde gestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	Ein Antrag wurde gestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:
	für die Zeit ab: Krankenkasse	für die Zeit ab: Krankenkasse	für die Zeit ab: Krankenkasse	für die Zeit ab: Krankenkasse
<b>c) anderem Sozialleistungsträger</b> wegen z.B. Renten, Kindergeld, Kinderzuschlag nach § 6a BKGG, Unterhaltsvorschuss, Wohngeld, Sozialhilfe (SGB XII, SGB II), beamtenrechtliche Versorgungs- / Beihilfeansprüche, Kriegsofopferfürsorge	Ein Antrag wurde gestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ein Antrag wurde gestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ein Antrag wurde gestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ein Antrag wurde gestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Art der Leistung	Art der Leistung	Art der Leistung	Art der Leistung
	Sozialleistungsträger	Sozialleistungsträger	Sozialleistungsträger	Sozialleistungsträger
	beantragt am:	beantragt am:	beantragt am:	beantragt am:
für die Zeit ab:	für die Zeit ab:	für die Zeit ab:	für die Zeit ab:	

	Antragsteller/in wie im Antrag	Ehegatte / Partner/in wie im Antrag	1. Kind	2. Kind
<b>d) Arbeitgeber</b> Erheben Sie Ansprüche gegen einen ehemaligen Arbeitgeber?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum?
	Anschrift des Arbeitgebers:	Anschrift des Arbeitgebers:	Anschrift des Arbeitgebers:	Anschrift des Arbeitgebers:
<b>Nachweise</b> (beauftragter Rechtsanwalt, Gericht / Aktenz.)	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt
<b>e) einen Dritten</b> z.B. wegen eines Unfalls, Schenkung	Ein Anspruch besteht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ein Anspruch besteht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ein Anspruch besteht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ein Anspruch besteht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<b>Nachweise</b> <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt
<b>Derzeitige Arbeitslosigkeit</b>	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor
	<input type="checkbox"/> arbeitslos seit:	<input type="checkbox"/> arbeitslos seit:	<input type="checkbox"/> arbeitslos seit:	<input type="checkbox"/> arbeitslos seit:
	<input type="checkbox"/> Kündigung durch Arbeitnehmer Grund:	<input type="checkbox"/> Kündigung durch Arbeitnehmer Grund:	<input type="checkbox"/> Kündigung durch Arbeitnehmer Grund:	<input type="checkbox"/> Kündigung durch Arbeitnehmer Grund:
	<input type="checkbox"/> Kündigung durch Arbeitgeber Grund:	<input type="checkbox"/> Kündigung durch Arbeitgeber Grund:	<input type="checkbox"/> Kündigung durch Arbeitgeber Grund:	<input type="checkbox"/> Kündigung durch Arbeitgeber Grund:
	<input type="checkbox"/> Sonstige Ursache (z.B. Konkurs) Grund:	<input type="checkbox"/> Sonstige Ursache (z.B. Konkurs) Grund:	<input type="checkbox"/> Sonstige Ursache (z.B. Konkurs) Grund:	<input type="checkbox"/> Sonstige Ursache (z.B. Konkurs) Grund:
	<input type="checkbox"/> der Eintritt einer Sperrzeit festgestellt wurde Zeitraum:	<input type="checkbox"/> der Eintritt einer Sperrzeit festgestellt wurde Zeitraum:	<input type="checkbox"/> der Eintritt einer Sperrzeit festgestellt wurde Zeitraum:	<input type="checkbox"/> der Eintritt einer Sperrzeit festgestellt wurde Zeitraum:
<b>Arbeitslosengeld I nach SGB III wird derzeit nicht gewährt, weil</b>	<input type="checkbox"/> der Anspruch wegen des Eintritts einer Sperrzeit erloschen ist.	<input type="checkbox"/> der Anspruch wegen des Eintritts einer Sperrzeit erloschen ist.	<input type="checkbox"/> der Anspruch wegen des Eintritts einer Sperrzeit erloschen ist.	<input type="checkbox"/> der Anspruch wegen des Eintritts einer Sperrzeit erloschen ist.
	ab: <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	ab: <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	ab: <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	ab: <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt
<b>Kopie des Bescheides</b>	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt

(Weitere Personen listen Sie bitte mit den obigen Angaben auf einem separaten Beiblatt auf.)

#### 4. Vermögenserklärung

**Hinweis:** Zum Vermögen zählen alle Vermögensgegenstände - unabhängig davon, ob sie im In- oder Ausland vorhanden oder belastet sind.

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Landratsamt München

© Landratsamt München

Art des Vermögens Nicht zutreffendes bitte streichen oder durch "entfällt" kennzeichnen.	Antragsteller/in wie im Antrag	Ehegatte / Partner/in wie im Antrag	1. Kind, Vorname	2. Kind, Vorname
	Wert in Euro	Wert in Euro	Wert in Euro	Wert in Euro
<b>Bargeld</b> (auch kleine Beträge sind anzugeben)				
<b>Bank- und Sparguthaben, Online-Konten</b> (z.B. Giro-/Privatkonto, Sparkonto/Sparbuch, Bausparvertrag, Prämienparvertrag, Sparbuch für Zuwachssparen, Tagesgeldkonto. Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise und die Kontoauszüge der letzten 3 Monate bei.)				
Art, Kontonummer, Name der Bank, Bankleitzahl				
<b>Aktien, Fondsanteile, Pfandbriefe, sonstige Wertpapiere, digitale Währungen</b> (z.B. Bundesschatzbriefe, Obligationen, Zertifikate, Wertpapierdepotführung, usw. Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise (z.B. Depot-Auszug, etc) bei.)				
Art, Kurswert				
<b>Versicherungen mit Prämienrückzahlung, d.h. mit Kapitalbildung</b> (z.B. Lebensversicherungen, Sterbeversicherungen, Rentenversicherung, Unfallversicherung, usw. Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise (z.B. Verträge, Bescheinigungen zum aktuellen Rücklaufwert) bei.)				
Art, Versicherungsträger, Versicherungssumme				
<b>Befreiung von der Rentenversicherungspflicht</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Haus- und Grundbesitz</b> (z.B. Eigentumswohnungen, Ferienwohnungen, Bauplätze, sonstiger Landbesitz usw. Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise (z.B. Kaufverträge, Grundbuchauszug, Nachweise zur Finanzierung) bei.)				
Anschrift, Gemarkung, Flurst.Nr.	Verkehrswert			

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

Landratsamt München

© Landratsamt München

<b>Art des Vermögens</b>	Antragsteller/in wie im Antrag	Ehegatte / Partner/in wie im Antrag	1. Kind, Vorname	2. Kind, Vorname
Nicht zutreffendes bitte streichen oder durch "entfällt" kennzeichnen.	Wert in Euro	Wert in Euro	Wert in Euro	Wert in Euro
Anschrift, Gemarkung, Flurst.Nr.	Verkehrswert			
<b>Kraftfahrzeuge</b> <span style="float: right;">(Bitte fügen Sie die Fahrzeugpapiere, bei Finanzierung entsprechende Nachweise und den aktuellen Stand der Restschuld bei.)</span>				
Hersteller, Typ, Kennzeichen, Baujahr, PS/kW, km-Stand				
<b>Anlage- und Betriebsvermögen</b> <span style="float: right;">(z.B. Betriebsgrundstücke, bewegliche Gegenstände, die dem Betrieb dienen usw. Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei.)</span>				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    (Bei ja verwenden Sie bitte eine gesonderte Aufstellung unter Angabe der Art und des Verkehrswerts.)				
<b>Sachwerte</b> <span style="float: right;">(z.B. Antiquitäten, Gemälde, Schmuckstücke, Edelmetalle, Sammlungen, Wohnwagen, Sport- und Freizeitgeräte, ggf. Viehbestand, usw. Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei.)</span>				
Art, Verkehrswert				
<b>Forderungen gegenüber Dritten (Hypotheken, Darlehen und sonstige)</b> <span style="float: right;">(Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei.)</span>				
Bestehen Hypotheken, Darlehen, sonstige Forderungen auf die genannten Vermögenswerte? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    (Bei ja weisen Sie diese bitte nach.)				
Art, Schuldner, Wert				

## 5. Ansprüche gegenüber Dritten

<b>Hilfebedürftige/r</b>		
Erbansprüche gegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	(ggf. Unterlagen beifügen!)
<b>Ansprüche aus</b> (ggf. Unterlagen beifügen!)		
a) Altenteilsverträgen gegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	b) Leibrentenverträgen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		c) Überlassungsverträgen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		d) Kaufverträgen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Übergabe von Vermögen in den letzten 10 Jahren (z.B. Schenkung an Dritte)</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Bei Geldbeträgen bitte konkrete Höhe - bei Grundvermögen Gemarkung und Flurstück angeben. Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise (z.B. Verträge, Erbschein, etc) bei.)		
Art des Vermögens	Wert	Euro
Übergabe an	<input type="checkbox"/> Familienangehöriger	<input type="checkbox"/> sonstige Person:

Bitte kennzeichnen Sie gesetzlich gefördertes Altersvorsorgevermögen als solches und weisen Sie die Förderung nach (Riester- oder Rüruprente). Kennzeichnen Sie die für die Altersvorsorge bestimmten Vermögenswerte als solche und weisen Sie ggf. einen Verwertungsausschluss nach.

### Erklärung

Ich versichere / Wir versichern, dass meine/unsere Angaben vollständig und wahr sind und den Tatsachen entsprechen. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann/können und für zu Unrecht erlangte Hilfe erstattungspflichtig bin/sind. Das Gleiche gilt bei Unterlassung von erforderlichen Mitteilungen und absichtlichem Verschweigen von Einkommen und Vermögen **aller Art**. Ich/wir habe(n) nur das im Antrag angegebene Einkommen und Vermögen laut Einkommens- und Vermögenserklärung.

Mir/uns ist ferner bekannt, dass meine/unsere Ansprüche gegen Drittverpflichtete im Rahmen der gesetzlich zulässigen Grenze auf den Träger der Hilfe übergeleitet werden können. Ich bestätige / Wir bestätigen ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich/wir **jede Änderung** der Einkommens- und Vermögensverhältnisse, auch von Haushaltsangehörigen, **unverzüglich und unaufgefordert** dem Jobcenter des Landkreises München mitzuteilen habe(n).

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in / Vertreter/in der Bedarfsgemeinschaft	Unterschrift Ehegatte / Partner/in
Unterschrift weitere/r volljährige/r Angehörige/r der Bedarfsgemeinschaft	Unterschrift weitere/r volljährige/r Angehörige/r der Bedarfsgemeinschaft	Unterschrift weitere/r volljährige/r Angehörige/r der Bedarfsgemeinschaft
Unterschrift weitere/r volljährige/r Angehörige/r der Bedarfsgemeinschaft	Unterschrift weitere/r volljährige/r Angehörige/r der Bedarfsgemeinschaft	Unterschrift weitere/r volljährige/r Angehörige/r der Bedarfsgemeinschaft
Unterschrift weitere/r volljährige/r Angehörige/r der Bedarfsgemeinschaft	Unterschrift weitere/r volljährige/r Angehörige/r der Bedarfsgemeinschaft	Unterschrift weitere/r volljährige/r Angehörige/r der Bedarfsgemeinschaft



## **Dies ist eine grundsätzliche Information zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bezüglich der Umsetzung im Landratsamt München**

Das Landratsamt München veröffentlicht auf der Homepage [www.landkreis-muenchen.de/datenschutz](http://www.landkreis-muenchen.de/datenschutz) alle Informationsblätter zum Datenschutz nach Art 12 und 13 DSGVO.

Diese Informationsblätter sind nach Fachbereichen / Themen aufgelistet.

Sie können dort nachlesen, wie genau Ihre persönlichen Daten im Landratsamt München verarbeitet werden.

Um zu den Informationsblättern gemäß Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung zu gelangen, klicken Sie bitte auf nachfolgenden Link:

<https://www.landkreis-muenchen.de/landratsamt/veroeffentlichungen/informationsblaetter-zum-datenschutz/>