

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	

1. Einkünfte

Im vergangenen Kalenderjahr bzw. in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung hatte ich folgende Einkünfte.

Es sind **alle** Einnahmen anzugeben, ohne Rücksicht auf ihre Quelle und ohne Rücksicht darauf, ob sie steuerpflichtig sind oder nicht. Auch einmalige Einnahmen sind anzugeben. Die zuständige Stelle entscheidet nach dem Gesetz, ob die angegebenen Einkünfte anzurechnen sind oder nicht.

	tägl.	monatl.	jährl.	Euro
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit <input type="checkbox"/> lt. Anlage A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung <input type="checkbox"/> lt. Anlage A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ausbildungsvergütung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Berufsausbildungsbeihilfe (BAB) nach SGB III		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Krankengeld/Übergangsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Elterngeld		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rente(n) einschl. Betriebsrente/n		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Leistung nach SGB II (ALG II Jobcenter / Arbeitplus) BG-Nr.:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Leistung nach SGB XII (Sozialhilfe)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Grundsicherung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Unterhalt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Unterstützung der Eltern bei Studierenden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ausbildungsförderung nach dem BAföG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Stipendium		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ausländische Einkünfte (auch ausländische Renten)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Selbständige Tätigkeit / Gewerbebetrieb Einkommensteuerbescheid des letzten Kalenderjahres vorlegen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vermietung und Verpachtung ohne erhöhte Abschreibung Einkommensteuerbescheid des letzten Kalenderjahres vorlegen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Land- und Forstwirtschaft Einkommensteuerbescheid des letzten Kalenderjahres vorlegen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte Einkommensart:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte Einkommensart:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> keine Einkünfte				

Bitte entsprechende Nachweise beifügen!

2. Werbungskosten

- keine Werbungskosten bzw. Arbeitnehmer-Pauschbetrag
 in folgender Höhe (Nachweis beifügen, z. B. letzten Einkommensteuerbescheid): _____ Euro

3. Veränderung der Einkünfte

Bitte geben Sie an, welche Änderungen gegenüber der unter Nummer 1 aufgeführten Einkünfte im laufenden Monat der Antragstellung bereits eingetreten sind oder mit Sicherheit innerhalb der nächsten 12 Monate zu erwarten sind. Gegebenenfalls entsprechende Nachweise beifügen.

- Einkommenserhöhung Einkommensverringering

Grund: _____

Der neue Betrag lautet _____ Euro monatlich jährlich ab dem _____

Bitte geben Sie an, ob sich Ihre Einkünfte innerhalb der nächsten 2 Jahre ab Antragsstellung verändern werden durch

- a) Eintritt in das Berufsleben
(z.B. aufgrund der Beendigung einer Ausbildung / eines Studiums) ja nein
oder
b) Wiederaufnahme der Berufstätigkeit (z.B. nach Beendigung der Elternzeit) ja nein

Der neue Betrag lautet _____ Euro monatlich jährlich ab dem _____

4. Krankenversicherung / Rentenversicherung / Steuern

- Ich zahle keine der unter 4.1 - 4.3 genannten Abgaben.
 Ich zahle folgende der unter 4.1 - 4.3 genannten Abgaben:

4.1 Krankenversicherung

Ich zahle Beiträge zur **gesetzlichen** Krankenversicherung ja nein

Falls nein: Ich zahle **freiwillige** Krankenkassenbeiträge ja nein

Name und Anschrift der Krankenkasse
_____ monatlich _____ Euro

4.2 Rentenversicherung

Ich zahle Beiträge zur **gesetzlichen** Rentenversicherung ja nein

Falls nein: Ich zahle **freiwillige** Beiträge zur Renten- oder Lebensversicherung ja nein

Name und Anschrift der Renten-/Lebensversicherung, Pensions- oder Versorgungskasse
_____ monatlich _____ Euro

4.3 Steuern

Ich zahle Steuern vom Einkommen ja nein

- Ich habe eine Kopie des letzten Steuerbescheides beifügt.

Ich versichere, dass die vorstehenden Erklärungen richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben als Falschbeurkundung oder Betrug verfolgt und bestraft werden können. Zu den Angaben habe ich schlüssige Belege, Unterlagen oder sonstige glaubhafte Nachweise beifügt.

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller/in, Angehörige/r