

SENDEBERICHT

ZEIT : 11/09/2018 17:35
NAME : AUFRECHT
FAX : 023718328845
TEL : 023718328618
S-NR. : E75193G7N346859

DATUM/UHRZEIT 11/09 17:32
FAX-NR./NAME 02315415509
Ü.-DAUER 00:02:19
SEITE(N) 08
ÜBERTR OK
MODUS STANDARD
ECM

SENDEBERICHT

ZEIT : 23/08/2018 14:50
NAME : AUFRECHT
FAX : 023718328845
TEL : 023718328618
S-NR. : E75193G7N346859

DATUM/UHRZEIT 23/08 14:47
FAX-NR./NAME 02315415509
Ü.-DAUER 00:02:55
SEITE(N) 07
ÜBERTR OK
MODUS STANDARD
ECM



Sozialgericht Dortmund
Ruhrallee 1-3
44139 Dortmund
Fax: 0231 5415-509

Erinnerung
bisher keine
Einigungsbestätigung

Menden, 21.08.2018

Klage

der  Menden

Klägerin

gegen

SENDEBERICHT

ZEIT : 23/08/2018 14:50
NAME : AUFRECHT
FAX : 023718328845
TEL : 023718328618
S-NR. : E75193G7N346859

DATUM/UHRZEIT
FAX-NR./NAME
Ü.-DAUER
SEITE(N)
ÜBERTR
MODUS

23/08 14:47
02315415509
00:02:55
07
OK
STANDARD
ECM

Sabine Linke
Unnaer Str. 48
58706 Menden

Sozialgericht Dortmund
Ruhrallee 1-3
44139 Dortmund
Fax: 0231 5415-509

Erinnerung
bisher keine
Eingangsbestätigung

Menden, 21.08.2018

Klage

der [REDACTED] Menden

Klägerin

gegen

das Jobcenter Märkischer Kreis, Widerspruchsstelle, Friedrichstr. 59/61,
58636 Iserlohn, Geschäftszeichen

Beklagter,

wegen: Bewilligung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts

beantrage ich,

über den Weiterbewilligungsantrag der Klägerin vom 22.03.2018, Geschäftszeichen
35502//00 [REDACTED] zu bescheiden

dem Beklagten die Kosten des Verfahrens aufzulassen

[REDACTED]
Menden

Sozialgericht Dortmund
Ruhrallee 1-3
44139 Dortmund
Fax: 0231 5415-509

Menden, 21.08.2018

Klage

der [REDACTED] Menden

Klägerin

gegen

das Jobcenter Märkischer Kreis, Widerspruchsstelle, Friedrichstr. 59/61,
58636 Iserlohn, Geschäftszeichen

Beklagter,

wegen: Bewilligung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts

beantrage ich,

über den Weiterbewilligungsantrag der Klägerin vom 22.03.2018, Geschäftszeichen
35502 / 0022949 zu bescheiden

dem Beklagten die Kosten des Verfahrens aufzulegen.

Begründung:

Mit dem unbearbeiteten Weiterbewilligungsantrag sollen die Leistungen zum
Lebensunterhalt der Klägerin für die Zeit ab dem 01.04.2018 bis 30.09.2018
sichergestellt werden.

Über den Weiterbewilligungsantrag ist nicht in angemessener Frist entschieden worden, § 88 II i.V.m. Abs. 1 S. 1 SGG, ein hinreichender Grund ist nicht gegeben.

Die Klägerin hat Anspruch auf Entscheidung über die Existenzsichernden Leistungen innerhalb der gesetzlichen Fristen.

Eine ausdrückliche erneute Fristsetzung durch die Klägerin bedurfte es nicht, sie war berechtigt sofort gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Als Anlage wird der WBA in Kopie eingereicht.

Mit dem Wegfall der EU-Rente zum 31.01.2018 und der Auflösung der Lebens- und Rentenversicherung steht die Klägerin ohne Leistungen da.

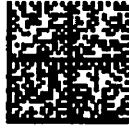
Seit dem 01.04.2018 lebt die Klägerin allein in einer angemessenen Wohnung.

In Folge der Leistungsverweigerung ist die Klägerin ohne jeden Versicherungsschutz, und die KV-Schulden, sowie die Mietschulden häufen sich auf.

Es besteht keinerlei sittliche Verpflichtung für andere Personen, mich zu unterstützen.



Persönliche Vorsprachen:
Neumarkt 5, 58708 Menden



2

jobcenter
Märkischer Kreis

Jobcenter Märkischer Kreis, Neumarkt 5, 58708 Menden

DV 08 0,70 Deutsche Post



Frau
Menden

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht:
Mein Zeichen: 430
BG-Nummer: 35502//0022949
(Bei jeder Antwort bitte angeben)

Name: Frau Ku
Telefon: 02373 91724 31
Telefax: 49 2373 9172499
E-Mail: Jobcenter-MK.Menden@jobcenter-ge.de
Datum: 19.08.2016

Ablauf Ihres Bewilligungszeitraums

Sehr geehrte Frau

Sie und die gegebenenfalls mit Ihnen in Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen erhalten derzeit Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Diese Leistungen sind mit Bescheid vom 11.03.2016 bis einschließlich 28.02.2017 bewilligt worden.

Wenn es uns trotz gemeinsamer Bemühungen nicht gelingt Ihren Hilfebedarf bis 28.02.2017 zu beenden, füllen Sie bitte den beigefügten Weiterbewilligungsantrag vollständig aus.

Bitte achten Sie darauf, dass die Fragestellungen zu den weiteren Personen in Ihrem Haushalt, zu den Einkommensverhältnissen sowie zu den Kosten der Unterkunft, soweit zutreffend, beantwortet werden müssen. Die Angaben sind für die Bearbeitung Ihres Leistungsantrages auch dann erforderlich, wenn sich keine Änderungen ergeben haben.

Benötigen Sie darüber hinaus Vordrucke beziehungsweise die aktuellen Ausfüllhinweise zum Antrag, erhalten Sie diese bei Ihrem Jobcenter oder im Internet unter www.arbeitsagentur.de unter der Rubrik: Schnellzugriff > Formulare > Arbeitslosengeld II.

Bitte beachten Sie:

Bitte stellen Sie rechtzeitig vor Ablauf des aktuellen Bewilligungszeitraums den Weiterbewilligungsantrag und reichen Sie Ihre vollständigen Unterlagen umgehend beim Jobcenter ein, um Leistungsunterbrechungen zu vermeiden.

Leistungen werden nur dann weitergewährt, wenn Sie im Rahmen Ihrer Möglichkeiten alles unternehmen, Ihre Hilfebedürftigkeit zu beenden.

Das heißt beispielsweise, dass Sie

- sich intensiv um einen existenzsichernden Arbeitsplatz bemühen,
- sich aktiv an allen Maßnahmen beteiligen, die dieses Ziel unterstützen,
- Ihren Verpflichtungen aus der Eingliederungsvereinbarung nachkommen,

Dienstgebäude
Neumarkt 5
58708 Menden

Telefon
+49800/866-4688
Telefax
+492373/9172-499
Internet
www.jobcenter-mk.de

Öffnungszeiten
Mo. - Fr. 08:15 - 12:30
Do. 14:30 - 17:30 (nur für
Berufstätige)

Bankverbindung
BA-Service-Haus
Bundesbank
BIC: MARKDEF1760
IBAN: DE5076000000076001617



Anlage

für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft
(zu Abschnitt 2.1 des Hauptantrags)

- Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte die Anlage KI aus -



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden
Sie zu der jeweiligen Nummer
in den Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.arbeitsagentur.de.

1. Meine persönlichen Daten

Anrede Frau	Vorname [REDACTED]
Familienname [REDACTED]	Geburtsdatum [REDACTED]
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden) 36502/00 [REDACTED]	Kundennummer (falls vorhanden)

2. Weitere Person in meiner Bedarfsgemeinschaft über 15 Jahren, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen ⁹

2.1 Persönliche Daten

Anrede Herr	Vorname [REDACTED]	<i>Es besteht keine</i>
Familienname [REDACTED]	Geburtsname (sofern abweichend) <i>Bej</i>	
Geburtsort	Geburtsdatum	
Geburtsland	Staatsangehörigkeit	
Rentenversicherungsnummer ¹	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt	

2.2 Familienstand

Die weitere Person ist

ledig verheiratet verwitwet

geschieden seit dauernd getrennt lebend seit

Die gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft der weiteren Person ist

eingetragen aufgehoben seit

2.3 Persönliche Angaben

Ich bin bzw. meine Partnerin/mein Partner ist mit der weiteren Person verwandt.

Name/n der mit der weiteren Person verwandten Person/en

Verwandtschaftsverhältnis



WEP

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

AZR-Nummer der weiteren Person:

Die weitere Person hat bzw. für die weitere Person wurden für den Monat Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen. Ja Nein

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Die weitere Person ist Spätaussiedlerin/Spätaussiedler und besitzt noch nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. ④ Ja Nein

► Falls ja, legen Sie bitte den Aufnahmebescheid vor.

Die weitere Person ist Berechtigter/Berechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. ⑤ Ja Nein

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestaltung, Outding) vor.

Die weitere Person ist – ihrer Einschätzung nach – gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. ⑥ Ja Nein

► Wenn Sie Nein angekreuzt haben, besteht für die weitere Person möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen nach dem Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II). Sie kann in diesem Fall Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen.

Die weitere Person ist Schülerin/Schüler. ⑦ Ja Nein

Dauer der Schulausbildung von - bis

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Schulbescheinigung) vor.

Die weitere Person ist Studentin/Student. ⑦ Ja Nein

Dauer des Studiums von - bis

► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung vor.

Die weitere Person hat Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) beantragt. Ja Nein

► Falls ja, legen Sie bitte einen Nachweis über die Antragstellung oder – soweit über Ihren BAföG-Antrag bereits entschieden wurde – den entsprechenden Bescheid über die Bewilligung oder Ablehnung vor.

Die weitere Person ist Auszubildende/Auszubildender. ⑦ Ja Nein

Dauer der Ausbildung von - bis

► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung vor.

Während der Ausbildung ist die weitere Person in einem Wohnheim, Internat oder beim Ausbilder mit voller Verpflegung oder anderweitig mit Kostenerstattung für Unterkunft und Verpflegung untergebracht.

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Die weitere Person befindet sich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). ⑧ Ja Nein

Dauer der Unterbringung von - bis

► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und dessen Dauer vor.

3. Prüfung eines Mehrbedarfs

Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

Die weitere Person ist schwanger. ⑭

► Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.

Die weitere Person benötigt aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung. ⑮

► Bitte füllen Sie die Anlage MEB aus.

Die weitere Person hat eine Behinderung und erhält ⑯

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) oder
- sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes oder
- Eingliederungshilfen nach § 64 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII.

► Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Aufnahmebescheid

Studienbescheinigung

Ausbildungsvertrag

Anlage MEB

Die weitere Person ist nicht erwerbsfähig ⁶ und InhaberIn/Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Markzeichen G. ¹⁷
 ► Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.

Die weitere Person hat regelmäßig einen unabwiesbaren, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarf, den sie nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (z. B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern). ¹⁸
 ► Bitte füllen Sie die Anlage BB aus.

4. Einkommen ¹⁹

Die weitere Person erzielt Einkommen. Ja Nein
 ► Falls ja, füllen Sie bitte für die weitere Person die Anlage EK aus. Bei Einkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte zusätzlich die Anlage EKS aus.

5. Vermögen ²⁰

Die weitere Person besitzt Vermögen. Ja Nein
 ► Bitte tragen Sie Angaben über die Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft in die Anlage VM ein.

6. Vorrangige Ansprüche ²¹

6.1 Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit ²²

- Wenn die weitere Person Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) bereits beantragt hat, tragen Sie dies bitte in Abschnitt 6.4 ein. Sollte das Arbeitslosengeld aktuell bereits bewilligt sein, tragen Sie dies in Anlage EK Abschnitt 2 ein, auch dann, wenn eine Sperrzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben in Abschnitt 6.1 machen.
- Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf Arbeitslosengeld bestehen könnte.

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung

► Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Verwenden Sie ggf. ein gesondertes Blatt und legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

war die weitere Person sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit

war die weitere Person selbständig tätig.

von - bis	Art der Tätigkeit

hat die weitere Person Wehr- oder Ersatzdienst geleistet.

hat die weitere Person Angehörige gepflegt (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)).

hat die weitere Person Entgeltersatzleistungen erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem SGB III).

von - bis	Behörde	Leistung

6.2 Ansprüche gegenüber Arbeitgebern

Die weitere Person erhebt Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (z. B. bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (z. B. bei noch ausstehenden Abfindungen).
 ► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

6.3 Ansprüche gegenüber Dritten

Die weitere Person hat einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung). Sie ist deshalb hilfebedürftig geworden.
 ► Bitte füllen Sie die Anlage UF aus.

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage BB

Anlage EK

Anlage EKS

Anlage VM

Anlage UF

Die weitere Person hat einen Anspruch gegenüber Dritten (z. B. aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen). (22)

Bezeichnung des Anspruchs

► Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach.

6.4 Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen (24)

Die weitere Person hat schon andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld, Rente, Kindergeld) beantragt oder beabsichtigt, einen Antrag zu stellen.

Leistungsart

Sozialleistungsträger/Familienkasse

Antragsdatum

Leistungen beantragt ab

► Bitte legen Sie einen Nachweis vor, sofern schon über den Antrag/die Anträge entschieden wurde.

7. Kranken- und Pflegeversicherung (26)

7.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Die weitere Person ist in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflicht- oder familienversichert.

Name der Krankenkasse

Sitz der Krankenkasse

Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)

► Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über die Versicherung der weiteren Person vor. Ersatzweise können Sie auch die gültige elektronische Gesundheitskarte der weiteren Person vorlegen.

Die weitere Person ist familienversichert und ist künftig pflichtversichert bei (26)

der bisherigen Krankenkasse.

einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse

Sitz der Krankenkasse

► Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Krankenkassenwahl vor, wenn die weitere Person die Krankenkasse wechselt.

7.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

Die weitere Person ist privat oder freiwillig gesetzlich versichert.

Die weitere Person ist nicht versichert.

► Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 2 aus.

► Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 3 aus.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt SGB II"). 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.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum
Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

Ort/Datum
23.5.2018
Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage SV