

Erklärung

Kunde:
geb.:
Anschrift:
KdNr. / BG-Nr.:

Ich erkläre hiermit, dass ich ab dem _____ meinen am _____ gestellten Antrag auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch widerrufe/zurücknehme.

Der Widerruf bzw. die Rücknahme des Antrag wird auch für alle weiteren Personen meiner Bedarfsgemeinschaft abgegeben.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann, die Leistungen können bei Vorliegen der Voraussetzungen dann frühestens ab dem Tag des Widerrufs dieser Erklärung bzw. der erneuten Antragstellung gewährt werden.

Mir ist bekannt, dass ich in der Zeit, in der ich keine Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts erhalte, nicht durch den zuständigen Leistungsträger kranken- und pflegeversichert werde. Damit mir keine Nachteile entstehen, wurde mir empfohlen, mich an meine bisherige Krankenkasse beziehungsweise mein bisheriges Krankenversicherungsunternehmen zu wenden, um mich über einen möglichen Versicherungsschutz (zum Beispiel eine freiwillige Weiterversicherung) zu informieren.

Es ist mir zudem bekannt, dass ich unter bestimmten Voraussetzungen auf Antrag einen Zuschuss zu den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung erhalten kann, wenn ich allein durch die Zahlung dieser Beiträge hilfebedürftig werde.

Das **Merkblatt Bürgergeld (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)** und das **Merkblatt § 26 - Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen der Kranken- und Pflegeversicherung zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit** habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift