

Erklärung

Name, Vorname: _____
geb.: _____
Anschrift: _____
Kd.-Nr. / BG-Nr.: _____

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

Ich bin darüber informiert worden, dass ich in Zukunft frühestens ab dem Tag des Widerrufs dieser Erklärung bzw. vom Tage der erneuten Antragstellung an Leistungen erhalten kann, soweit die übrigen Voraussetzungen vorliegen.

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 SGB II** habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift