KreisJobCenter Marburg-Biedenkopf
Kommunales JobCenter

LANDKREIS MARBURG BIEDENKOPF

Zuständiger Fallmanager:

Antrag auf Ortsabwesenheit

1. Person	**2. Person**
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Geburtsdatum _____
Wohnort _____	Wohnort _____
abwesend vom / bis _____	abwesend vom / bis _____
3. Person	**4. Person**
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Geburtsdatum _____
Wohnort _____	Wohnort _____
abwesend vom / bis _____	abwesend vom / bis _____

Mir / Uns ist bekannt, dass einer Ortsabwesenheit **vorab** durch den Fallmanager zugestimmt werden muss, da ansonsten kein Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) besteht (§ 7 Abs. 4a SGB II).

Es kann grundsätzlich einer maximalen Ortsabwesenheit von 21 Kalendertagen pro Kalenderjahr zugestimmt werden, darüber hinaus besteht kein Anspruch auf SGB II-Leistungen. Die Rückmeldung aus der Ortsabwesenheit hat grundsätzlich durch persönliche Vorsprache im zuständigen KreisJobCenter zu erfolgen.

_____

Datum Unterschrift

Telefonnummer für Rückruf: _____
(bitte immer angeben)

☐ Wenn mehr als 4 Personen ortsabwesend sind, bitte Zusatzblatt ausfüllen.

……

Aufgenommen von: _____

Bemerkungen: ☐ Durch FM genehmigt: