



Name: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Der Aufenthalt außerhalb des in der Erreichbarkeitsanordnung (EAO) definierten orts- und zeitnahen Bereiches bedarf zwingend der Zustimmung Ihres persönlichen Ansprechpartners (§ 7 SGB II). Die max. Dauer der Ortsabwesenheit beträgt 3 Wochen im Kalenderjahr. Für Zeiten der Ortsabwesenheit ohne Zustimmung und ab der 4. Woche besteht kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II.

### Antrag auf Zustimmung zur Ortsabwesenheit

Hiermit beantrage ich die Zustimmung zu meiner Ortsabwesenheit.

Beginn der Ortsabwesenheit:

Ende der Ortsabwesenheit:

Ort des vorübergehenden Aufenthalts:

**Hinweis:** Ihre Rückmeldung muss durch persönliche Vorsprache bei Ihrem persönlichen Ansprechpartner oder bei der Teamassistenz am Empfang am ersten Öffnungstag nach der Ortsabwesenheit erfolgen!

Öffnungszeiten:

Dienstag und Freitag von 8:00 bis 12:00 Uhr

Donnerstag von 8:00 bis 12:00 Uhr und von 14:00 bis 16:00 Uhr

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift Leistungsberechtigte/r)

**ACHTUNG!!! Nur von Mitarbeitern des Jobcenters auszufüllen:**

### Entscheidung

Der Rahmen der möglichen Ortsabwesenheit beläuft sich auf

bis zu drei Wochen im Kalenderjahr (§ 3 Abs. 1 EAO).

bis zu siebzehn Wochen je Kalenderjahr (§ 4 EAO).

In den **ersten drei Monaten** der Arbeitslosigkeit wird die Zustimmung **nur in begründeten Ausnahmefällen** gewährt (§ 3 Abs. 1 EAO).

Für dieses Kalenderjahr stehen noch zu Verfügung: \_\_\_\_\_ Wochen

Jetzt geplante Ortsabwesenheit: \_\_\_\_\_ Wochen

Verbleibende Zeiten für Ortsabwesenheit: \_\_\_\_\_ Wochen

Der Ortsabwesenheit wird zugestimmt.

Der Ortsabwesenheit wird nicht zugestimmt, weil

in der Zeit der Abwesenheit die berufliche Eingliederung beeinträchtigt wird.

die Ortsabwesenheit für zusammenhängend länger als sechs Wochen geplant ist.

der o.g. Rahmen der möglichen Ortsabwesenheit bereits ausgeschöpft ist.

Im Auftrag:

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

- Original zurück an die/den Leistungsberechtigte/n
- Kopie an LSB (optional)
- Kopie zur Akte