

Antrag auf Alg II / *Application for Alg II*: Hauptantrag

Quelle / Source:

https://www3.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mk2/~edisp/l6019022dstbai378191.pdf?_ba.sid=L6019022DSTBAI378194

Version: 01/2017

Sprachen: Deutsch / Arabisch
German / Arabic

Veröffentlicht / *published*: Languages:
11.4.2017

***Achtung: Dieses Dokument ist eine Ausfüllhilfe. Bitte das Originalformular in deutscher Sprache ausfüllen und bei der Behörde abgeben!**

Beim selbständigen Ausfüllen kann es zu Fehlern kommen. Das kann unbeabsichtigte Konsequenzen nach sich ziehen. Wir empfehlen daher, eine Beratungsstelle aufzusuchen.

Alle Übersetzungen sind nach bestem Wissen und Gewissen auf ehrenamtlicher Basis erstellt. Der KuB e. V. übernimmt keine Haftung.

***تنبيه: إن هذه الوثيقة هي للمساعدة في فهم وتعبئة المعلومات المطلوبة فقط. يرجى تعبئة الاستمارة الأصلية باللغة الألمانية و تسليمها للدائرة الرسمية المعنية!**

عند تعبئة البيانات بشكل شخصي يمكن أن تحدث بعض الأخطاء, وهذا بدوره قد يؤدي إلي عواقب غير مرغوبة, لذلك ننصح بالحصول على الإستشارة قبل التعبئة.

تم ترجمة هذه الوثائق بأفضل طريقة من قبل متطوعين ذوي خبرة، ولكن لا تتحمل KuB e. V. أية مسؤولية تجاه ذلك.

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>

Hauptantrag

Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)



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

1.1 Allgemein

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt
Straße, Hausnummer	
ggf. wohnhaft bei	
Postleitzahl	Wohnort
▶ Die Angaben zur Telefonnummer und zur E-Mail-Adresse sind freiwillig. <input type="radio"/>	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

1.2 Mein Familienstand

Ich bin	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit
Meine gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft ist	
<input type="checkbox"/> eingetragen	<input type="checkbox"/> aufgehoben seit

1.3 Meine Bankverbindung

▶ SGB II-Leistungen werden in der Regel auf ein Konto überwiesen.

Kontoinhaberin/Kontoinhaber	Kreditinstitut
BIC <input type="radio"/>	▶ BIC und IBAN finden Sie in der Regel auf Ihrem Kontoauszug.
IBAN <input type="radio"/>	



2 HA

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Tag der Antragstellung

Kundennummer

Nummer der Bedarfsgemeinschaft

Dienststelle | Team

Antragstellerin/Antragsteller hat sich ausgewiesen durch

- Bundespersonalausweis
- Pass
- Sonstiges Ausweispapier (z. B. elektronischer Aufenthaltstitel)

Gültig bis

AZR-Nummer

Handzeichen, Datum

Antrag vollständig am

Statistische Erfassung am

Arbeitsaufnahme am

Anlage EK/Einkommensbescheinigung ausgehändigt

Erste Lohn-/Gehaltszahlung am

Sonstiges (z. B. Schulausbildung/ Berufsausbildung/Studium) ab

Handzeichen, Datum

الطلب الرئيسي

الطلب من أجل المعونة المالية لتأمين مستلزمات الحياة حسب الكتاب الثاني من كتاب SGB II التأمين الاجتماعي



يرجى وضع الإشارة



تجدون المزيد من الإرشادات لكل فقرة في ملحق ملئ البيانات

www.arbeitsagentur.de تتوفر وثيقة الارشادات والاوراق الأخرى على الانترنت على الموقع التالي

1.1 بيناتي الشخصية

معلومات عامة

الاسم	اللقب (دكتور, استاذ الخ)
الاسم عند الولادة (إذا كان مختلفا)	الكنية (اسم العائلة)
تاريخ الميلاد	مكان الميلاد
الجنسية	بلد الميلاد
تم تقديم طلب الحصول على رقم التأمين التقاعدي <input type="checkbox"/>	رقم التأمين التقاعدي
اسم الشارع, رقم البيت	
مقيم أسكن مع	
المدينة	الرمز البريدي
البريد الإلكتروني	معلومات البريد الإلكتروني والهاتف هي طوعية رقم الهاتف

1.2 الحالة المدنية

أنا اكون	<input type="checkbox"/> أرمل	<input type="checkbox"/> متزوج	<input type="checkbox"/> أعذب
منفصلة من تاريخ <input type="checkbox"/>	مطلقة من تاريخ <input type="checkbox"/>		
علاقتي مع شريكي المثلي/شريكتي المثلية في الحياة هي:	تم إيقافها من تاريخ <input type="checkbox"/>	مسجلة <input type="checkbox"/>	

1.3 معلومات الحساب المصرفي (البنك)

اسم البنك	اسم صاحب الحساب
يمكنك ايجاد رمز المصرف ورقم الحساب الدولي في كشوفات البنك.	BIC
IBAN	



2 HA

التعبئة من مكتب العمل فقط

1.4 Meine persönlichen Angaben

Ich habe für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen. ► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin Spätaussiedlerin/Spätaussiedler und besitze noch nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. <input checked="" type="radio"/> ► Falls ja, legen Sie bitte den Aufnahmebescheid vor.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz . <input checked="" type="radio"/> ► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung) vor.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin – meiner Einschätzung nach – gesundheitslich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben. <input checked="" type="radio"/> ► Wenn Sie Nein angekreuzt haben, besteht für Sie möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen des SGB II. Sie können in diesem Fall Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin Schülerin/Schüler . <input checked="" type="radio"/> Dauer der Schulausbildung von - bis _____ ► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Schulbescheinigung) vor.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin Studentin/Student . <input checked="" type="radio"/> Dauer des Studiums von - bis _____ ► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung vor.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich habe Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) beantragt. ► 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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin Auszubildende/Auszubildender . <input checked="" type="radio"/> Dauer der Ausbildung von - bis _____ ► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung vor.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Während der Ausbildung bin ich 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. <input checked="" type="radio"/>	
Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt). <input checked="" type="radio"/> Dauer der Unterbringung von - bis _____ ► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und dessen Dauer vor.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Aufnahmebescheid

Studienbescheinigung

Ausbildungsvertrag

2. Personen in meiner Bedarfsgemeinschaft

► Leben Sie allein, dann gehen Sie bitte zu Abschnitt 3.

Zu meiner Bedarfsgemeinschaft gehört/gehören neben mir _____ weitere Person/en.

Folgende Aussagen treffen auf meine Bedarfsgemeinschaft zu:

► Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

Ich lebe zusammen mit meiner **Ehegattin/meinem Ehegatten**. Wir leben **nicht** dauernd getrennt.

Ich lebe zusammen mit meiner **eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerin/meinem eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner**. Wir leben **nicht** dauernd getrennt.

Ich lebe mit meiner Partnerin/meinem Partner in einer **Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft** („eheähnliche Gemeinschaft“).

Ich lebe mit mindestens einem **unverheirateten Kind unter 25 Jahren** zusammen.

Ich bin unter 25 Jahre alt und lebe mit meinen Eltern bzw. einem Elternteil zusammen.

2.1 Persönliche Daten der weiteren Person/en meiner Bedarfsgemeinschaft

▶ Berücksichtigen Sie hier die Person/en, die außer Ihnen zur Bedarfsgemeinschaft gehört/gehören. Da Sie die Leistungen beantragen, wird davon ausgegangen, dass Sie auch die Vertretung Ihrer Bedarfsgemeinschaft übernommen haben. Dies gilt nicht mehr, wenn über 15-jährige Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Jobcenter erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen, z. B. durch eine eigene Antragstellung (§ 38 SGB II). Zu den nicht vertretenen Personen sind hier keine Angaben erforderlich.

Bitte füllen Sie für jedes Kind unter 15 Jahren die _____ und für alle anderen Personen, die Sie vertreten, jeweils die _____ aus. Dies gilt auch dann, wenn es sich hierbei um ein minderjähriges Kind handelt, das sich (z. B. aufgrund eines geteilten Umgangsrechts) nicht durchgehend in Ihrem Haushalt aufhält.

Ich füge diesem Antrag _____ **Anlage/n KI** und _____ **Anlage/n WEP** bei.

2.2 Meine Haushaltsgemeinschaft

In meinem Haushalt wohnt/wohnen neben mir _____ weitere Person/en, die nicht zur Bedarfsgemeinschaft, jedoch zur Haushaltsgemeinschaft gehört/gehören.

Davon ist/sind _____ Person/en mit mir verwandt oder verschwägert.

▶ Bitte machen Sie Angaben zu Personen, mit denen Sie verwandt oder verschwägert sind, in der _____

Davon ist/sind _____ Person/en **nicht** mit mir verwandt oder verschwägert.

▶ Bitte füllen Sie für diese Personen die _____ aus.

3. Prüfung eines Mehrbedarfs

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

Ich bin **alleinerziehend**.

Ich bin **schwanger**.

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

Ich benötige aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**.

▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.

Ich habe eine **Behinderung** und erhalte

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) **oder**
- sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes **oder**
- Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII).

▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.

Ich bin **nicht erwerbsfähig** und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G**.

▶ Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.

Ich habe regelmäßig einen **unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarf**, den ich nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (z. B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern).

▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.

4. Einkommen

Ich erziele Einkommen.

Ja Nein

▶ Falls ja, füllen Sie bitte für sich und ggf. für jede weitere Person Ihrer Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren jeweils die _____ aus. Bei Einkommen aus selbständiger Tätigkeit füllen Sie bitte **zusätzlich** die _____ aus.

5. Vermögen

Ich besitze Vermögen.

Ja Nein

▶ Bitte tragen Sie Angaben über die Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft in die _____ ein.

6. Vorrangige Ansprüche

6.1 Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit

▶ Wenn Sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) bereits beantragt haben, tragen Sie dies bitte in **Abschnitt 6.4** ein. Sollte das Arbeitslosengeld aktuell bereits bewilligt sein, tragen Sie dies in **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.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage KI
 Anlage WEP

Anlage HG
 Anlage VE

 Anlage MEB

Anlage BB

Anlage EK
 Anlage EKS

Anlage VM

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

2.1 المعلومات الشخصية للشخص الأخرين في مجموعتي المعيشية المشتركة

هنا يمكنكم ذكر الشخص الأخرين الذين هم تحت نفس مجموعتكم المعيشية المشتركة. باعتبار أنكم تقدمون طلباً للمعونات المالية، يجب أن يكون لكم الحق في تمثيل الأفراد في المجموعة المعيشية المشتركة. التمثيل غير نافذ في حالاً إذا كان فرد من المجموعة فوق الـ 15 عاماً يريد تمثيل نفسه في مركز العمل مثلاً عن طريق طلب آخر حسب القانون (المادة 38 من قانون الكتاب الاجتماعي الثاني). المعلومات غير مطلوبة عن الأشخاص الذين لا تمثلهم في المجموعة المعيشية المشتركة.

يرجى ملأ النموذج KI لكل طفل دون 15 عاماً ولكل فرد من الذين تنوبون عنهم النموذج WEP. وينطبق ذلك على كل طفل قاصر غير موجود في ولايتكم بشكل مستمر (قد يكون السبب مثلاً تناوب الرعاية)

أنا اضيف في هذا الطلب **الاستمارة KI و الاستمارة WEP**

2.2 مجموعتي المقيمة في الوحدة السكنية

يعيش في وحدتي السكنية — أشخاص آخريين، والذين ليسوا في مجموعتي المعيشية المشتركة ولكنهم يعيشون بنفس الوحدة السكنية

منهمشخص/ أشخاص على صلة قرابة معي أو مصاهرة
من أجل الأشخاص ذات صلة قرابة أو زواج يرجى تعبئة الاستمارة HG

منهمشخص/ أشخاص ليسوا على صلة قرابة معي أو مصاهرة
يرجى ملئ النموذج VE لهؤلاء الأشخاص

3. معاينة الاحتياجات الأخرى

. المعلومات هنا طوعية وهي مطلوبة فقط في حال اذا اردت تسجيل احتياجات أخرى.

أنا والداة وحيداً وحيدة (يعيش لوحدها).

أنا حامله.

يرجى احضار ورقة تثبت الوقت المتوقع للولادة.

أحتاج لأسباب صحية إلى اتباع نظام غذائي مكلف مادياً.

يرجى ملئ الاستمارة MEB

أنا من ذوي الاحتياجات الخاصة

- معونات مالية من أجل المشاركة في حياة العمل حسب المادة 33 من التاب التاسع قانون الشؤون الاجتماعية أو
- مساعدات أخرى من أجل الحصول على عمل مناسب أو
- مساعدة مالية للاندماج حسب المادة 54 القسم 1 فقرة 1 الرقم 1-3 من الجزء الثاني عشر لقانون الشؤون الاجتماعية § (Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch SGB XII

54

يرجى تقديم ورقة اثبات مناسبة.

أنا لا اعمل وتوجد لدي إقامة شخصية ذات الرقم 69 حسب الفقرة 5 من الجزء التاسع لقانون الشؤون الاجتماعية مع الإشارة G.

يرجى تقديم ورقة اثبات مناسبة.

لدي حاجة خاصة دائمة، مؤكدة، مستمرة، وليس لمرة واحدة، والتي لا يمكنني تغطيتها من خلال المخدرات أو مصادر أخرى (مثلاً: تكاليف احتياجات الأب/الأم التي تعيش منفصلة).

يرجى تعبئة الطلب يرجى ملئ الاستمارة BB.

4. الدخل المالي

أهدف تحقيق دخلًا

لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ملأ نموذج EK لشخصكم و إذا لزم الأمر لكل شخص آخر من المحتاجين للمعونة بدءًا من سن 15 عامًا. في حال وجود دخل من عمل مستقل يرجى ملأ نموذج EK الإضافي

5. الممتلكات أو الثروة

أمتلك أصولاً/اموالاً

لا نعم

يرجى تعبئة المعلومات عن الممتلكات للأشخاص في مجموعتكم المعيشية الاستمارة VM

6. الاستحقاقات ذات الأولوية

6.1 الاستحقاقات في مواجهة وكالة العمل

في حال اذا قد قمت مسبقاً بتقديم طلب للمعونة تحت الكتاب الثالث من قانون الشؤون الاجتماعية يرجى ملئ القسم 6.4. في حال اذا تمت الموافقة مسبقاً على طلب المعونة لكممطو يرجى كتابة ذلك في نموذج المورد المالي في الاستمارة EK القسم 2, في حال اذا كانت هناك فترة إيقاف لا يجب ان تملوا معلومات في القسم 6.1.

يرجى استخدام المعلومات التالية من أجل التأكد من استحقاقكم لمعونات البطالة.

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung

► Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

war ich **sozialversicherungspflichtig** beschäftigt.

von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit
von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit
von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit

war ich **selbständig** tätig.

von - bis	Art der Tätigkeit

habe ich **Wehr- oder Ersatzdienst** geleistet.

habe ich **Angehörige gepflegt** (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)).

habe ich **Entgeltersatzleistungen** erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)).

von - bis	Behörde	Leistung
von - bis	Behörde	Leistung

6.2 Ansprüche gegenüber Arbeitgebern

Ich erhebe 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).

Arbeitgeber	Anschrift
Grund	
Gericht	Aktenzeichen

► Bitte geben Sie den Namen und den Ort des Gerichtes an, bei dem die Klage anhängig ist.

6.3 Ansprüche gegenüber Dritten

Ich lebe bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner lebt getrennt von der Ehegattin/dem Ehegatten bzw. der eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerin/dem eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner.

► Bitte füllen Sie die aus.

Ich bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner war bereits verheiratet und diese Ehe wurde geschieden bzw. diese eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben.

► Bitte füllen Sie die aus.

Ein nicht verheiratetes/nicht in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft lebendes Mitglied meiner Bedarfsgemeinschaft ist schwanger oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren und kann deshalb nicht arbeiten.

► Bitte füllen Sie die aus.

Ein Kind in meinem Haushalt ist

- unter 18 Jahre alt bzw.
- zwischen 18 und 24 Jahre alt und macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen.

Ein Elternteil dieser Person lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

► Bitte füllen Sie die aus.

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage UH1

Anlage UH1

Anlage UH2

Anlage UH3



ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

خلال الأعوام الخمسة الأخيرة قبل تقديم الطلب

هنا يمكنكم اختيار أكثر من جواب واحد يرجى تقديم الوثائق الداعمة. ▶

<input type="checkbox"/> كنت أعمل وكان لدي تأمين اجتماعي.		
نوع العمل	مقدم صاحب العمل	إلى - من
نوع العمل	مقدم صاحب العمل	إلى - من
نوع العمل	مقدم صاحب العمل	إلى - من
<input type="checkbox"/> كنت أعمل على حسابي الخاص \ أعمال حرة.		
نوع العمل	نوع العمل	إلى - من
<input type="checkbox"/> قمت بأداء الخدمة العسكرية أو الوطنية.		
<input type="checkbox"/> لدي اقارب تحت الرعاية: رعاية حسب الكتاب الحادي عشر من قانون (SGB XI).		
<input type="checkbox"/> حصلت على معونة بدل أو تعويض (مثلاً: بدل المرض، أو معونات البطالة حسب قانون الكتاب الثالث من (SGB III).		
قيمة التعويض	المكتب \ الجهة	إلى - من
قيمة التعويض	المكتب \ الجهة	إلى - من

التعبئة من مكتب العمل فقط

6.2 استحقاقات في مواجهة أصحاب مقدمي العمل

لدي استحقاقات لدى صاحب العمل السابق لدفع الاجور والرواتب المستحقة (مثلاً في حال عجز أو افلاس صاحب العمل) أو لساعات العمل الإضافية بعد ترك العمل (مثلاً تعويضاً عن انتهاء الخدمة \ العمل).

العنوان	مقدم صاحب العمل	السبب
رقم حالة	المحكمة	

▶ يرجى اعطاء اسم ومكان المحكمة المنظور امامها الدعوة

6.3 استحقاقات ضد في مواجهة طرف ثالث

أنا أعيش منفصل \ منفصلة أو شريكي \ شريكتي الحالية تعيش منفصلة عن زوجها/زوجتها أو منفصلًا منفصلة عن شريكها المثلي أو شريكها المثلية.

▶ يرجى ملئ الاستمارة UH1

أنا أ شريكي/شريكتي الحالية في الحياة كان متزوج \ متزوجة وتم الطلاق أو شريكي المثلي \ شريكتي المثلية كان في علاقة مسحلة وتم الغاء العلاقة المسجلة.

▶ يرجى ملئ الاستمارة UH1

شخص غير متزوج \ متزوجة أو غير مسجل \ مسجلة في علاقة مثلية من مجموعتي التعايشية المشتركة حاملة أو تعنتي بطفل تحت سن الثالثة من العمر مولود من علاقة غير عريش، ولذلك هو \هي لا تستطيع العمل.

▶ يرجى تعبئة **الاستمارة UH2**

شخص من مجموعتي المعيشية

• تحت عمر الـ 18 عاماً أو.

• ما بين عمر الـ 18 والـ 24 عاماً وهو\هي تذهب إلى المدرسة أو مدرسة مهنية أو سيبدأ في وقت قريب.

أحد والدي هذا الشخص يعيش خارج مجموعتي المعيشية المشتركة.

▶ يرجى تعبئة الاستمارة UH3

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>

Ich bin bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner ist
• unter 18 Jahre alt bzw.
• zwischen 18 und 24 Jahre alt und mache/macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen.
Mindestens ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.
▶ Bitte füllen Sie die aus.

Ich habe einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung). Ich bin deshalb hilfebedürftig geworden.
▶ Bitte füllen Sie die aus.

Ich habe einen Anspruch gegenüber Dritten (z. B. aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen).
Bezeichnung des Anspruchs
▶ Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach.

6.4 Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen

Ich habe schon andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld, Rente, Kindergeld) beantragt oder beabsichtige, einen Antrag zu stellen.
Leistungsort Sozialleistungsträger/Familienkasse
Antragsdatum Leistungen beantragt ab
Name der Person, für die Leistungen beantragt wurden
▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, sofern schon über Ihren Antrag/Ihre Anträge entschieden wurde.

7. Kranken- und Pflegeversicherung

7.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin 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 Ihre Versicherung vor. Ersatzweise können Sie auch Ihre gültige Krankenversichertenkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte vorlegen.

Ich bin familienversichert und bin künftig pflichtversichert bei
 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 Sie die Krankenkasse wechseln.

7.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin privat oder freiwillig gesetzlich versichert. Ich bin nicht versichert.
▶ Bitte füllen Sie die , Abschnitt 2 aus. ▶ Bitte füllen Sie die , Abschnitt 3 aus.

8. Kosten der Unterkunft und Heizung

Mir entstehen Kosten für Unterkunft und Heizung.
▶ Bitte füllen Sie die aus.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage UH4

Anlage UF

Anlage SV

Anlage KDU

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

<p>زوجتي (شريكتي) الحالية/ زوجي (شريكي) الحالي <input type="checkbox"/></p> <p>أحد من الوالدين يعيش خارج المجموعة المعيشية المشتركة. يرجى ملئ الاستمارة UH4 .</p>	<p>التعبئة من مكتب العمل فقط • تحت عمر الـ 18 عاماً أو • بين عمر الـ 18 و 24 عاماً وأداوم في مدرسة أو مدرسة مهنية أو سابدأ خلال فترة قصيرة بذلك.</p>
<p>بسبب حادث في عمل, حادث سير, حادث في لعبة, حادث في الرياضة, خطأ في معالجة طبية, أو خلال مواجهة عنيفة). لذلك أن في حاجة للمساعدة. يرجى تعبئة الاستمارة UF .</p>	<p>أنا أعاني من خلل صحي (مثلاً: بسبب حادث في عمل, حادث سير, حادث في لعبة, حادث في الرياضة, خطأ في معالجة طبية, أو خلال مواجهة عنيفة). لذلك أن في حاجة للمساعدة.</p>
<p>عندي استحقاقات مالية في مواجهة طرف ثالث (مثلاً: تعويضات عقد عمل او استحقاقات للتعويض عن الأضرار). تحديد وتعريف نوع الاستحقاقات يرجى اثبات الاستحقاقات من خلال الوثائق المناسبة.</p>	<p>عندي استحقاقات مالية في مواجهة طرف ثالث (مثلاً: تعويضات عقد عمل او استحقاقات للتعويض عن الأضرار). تحديد وتعريف نوع الاستحقاقات يرجى اثبات الاستحقاقات من خلال الوثائق المناسبة.</p>
<p>6.4 استحقاقات في مواجهة هيئات تقديم المعونات الاجتماعية صناديق دعم الأسرة</p>	
<p>أنا قمت بتقديم أو انوي تقديم طلب للمساعدات المالية الأخرى (مثلاً: بدل السكن, معونات البطالة, المعاشات التقاعدية, معونات دعم الأطفال). نوع المساعدة المالية</p>	<p>أنا قمت بتقديم أو انوي تقديم طلب للمساعدات المالية الأخرى (مثلاً: بدل السكن, معونات البطالة, المعاشات التقاعدية, معونات دعم الأطفال).</p>
<p>هيئات المعونات الاجتماعية صندوق دعم الأسرة تسجيل الطلب للمساعدة المالية بتاريخ اسم الشخص الذي تم تقديم الطلب من أجله/أجلها</p>	<p>هيئات المعونات الاجتماعية صندوق دعم الأسرة تسجيل الطلب للمساعدة المالية بتاريخ اسم الشخص الذي تم تقديم الطلب من أجله/أجلها</p>
<p>يرجى تقديم اثبات بأنه تم اقرار طلبك طلباتك.</p>	<p>يرجى تقديم اثبات بأنه تم اقرار طلبك طلباتك.</p>
<p>7. التأمين الصحي وتأمين الحماية عند العجز</p>	
<p>7.1 التأمين الإجباري قانونياً في التأمين الصحي وتأمين الحماية عند العجز</p>	
<p>أنا مسجل/مسجلة قانونياً في التأمين الصحي وتأمين الحماية عند العجز. رقم التأمين الصحي في حاله وجد مقر شركة التأمين الصحي اسم شركة التأمين الصحي</p>	<p>أنا مسجل/مسجلة قانونياً في التأمين الصحي وتأمين الحماية عند العجز. رقم التأمين الصحي في حاله وجد مقر شركة التأمين الصحي اسم شركة التأمين الصحي</p>
<p>يرجى تقديم شهادة العضوية أو وثيقة صالحة أخرى تؤكد تأمينكم الصحي. أو يمكنكم بدلا من ذلك تقديم البطاقة الصحية الخاصة بكم مثلا/البطاقة الصحية الالكترونية.</p>	
<p>أنا املك تأمين عائله صحي , وفي المستقبل واجب عليا التأمين شركة التأمين الحالية شركة التأمين أخرى مقر شركة التأمين الصحي اسم شركة التأمين الصحي</p>	
<p>يرجى احضار بطاقه انتماء لشركة التأمين الصحية او لتغير الشركة التأمين الحالية</p>	
<p>7.2 تأمين صحي شخصي او قانوني او لا املك تأمين</p>	
<p>أنا املك تأمين شخصي او قانوني يرجى تعبئة استمارة SV, قسم 2</p>	<p>أنا لا املك تأمين صحي يرجى تعبئة استمارة SV, قسم 3</p>
<p>8. تكاليف السكن والتدفئة</p>	
<p>تترتب علي تكاليف السكن والتدفئة. يرجى تعبئة استمارة KDU</p>	

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>

9. Bildung und Teilhabe

Beachten Sie bitte, dass Personen unter 25 Jahren Leistungen für Bildung und Teilhabe beanspruchen können. Wenden Sie sich dazu bitte an Ihr Jobcenter oder den zuständigen kommunalen Träger, da hierfür ein gesonderter Antrag gestellt werden muss.

10. Antragstellung ab einem späteren Zeitpunkt

Ich beantrage Leistungen nach dem SGB II erst mit Wirkung zum _____.

Beachten Sie bitte, dass Ihr Antrag in der Regel auf den Ersten des Monats zurückwirkt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II) und Sie deshalb Angaben – insbesondere zum Zufluss von Einkommen – für den kompletten Monat Ihrer Antragstellung machen müssen. Sie haben jedoch auch die Möglichkeit, die Leistungen erst ab einem bestimmten Zeitpunkt zu begehren. Eine abweichende Bestimmung mit Wirkung für die Zukunft ist nur ab dem Ersten eines nachfolgenden Monats möglich.

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.

Personen, die SGB II-Leistungen beantragen oder erhalten, sind mitwirkungspflichtig: Das bedeutet, alle Angaben im Antrag und in den hierzu eingereichten Anlagen müssen richtig und vollständig sein und Änderungen, die nach der Antragstellung eintreten und sich auf die Leistungen auswirken können (z. B. Arbeitsaufnahme, Umzug), sind dem zuständigen Jobcenter unverzüglich mitzuteilen. Die Mitwirkungspflichten sind von allen Mitgliedern einer Bedarfsgemeinschaft zu beachten.

Bei Verstoß gegen diese Mitwirkungspflichten werden in aller Regel von allen leistungsberechtigten Personen einer Bedarfsgemeinschaft zu viel gezahlte Leistungen zurückgefordert. Sofern zu Ihrer Bedarfsgemeinschaft noch weitere Personen gehören, sollten Sie als Vertreterin/Vertreter beim Ausfüllen des Antrags alle Mitglieder einbeziehen und die wesentlichen sowie die sie betreffenden Angaben mit ihnen abstimmen. Stellen Sie zudem bitte sicher, dass alle Mitglieder alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten.

Ein Verstoß kann zusätzlich zu einem Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahren gegen die Person führen, die die o. g. Pflichten missachtet hat. Das Jobcenter holt im Wege eines automatisierten Datenabgleichs bei verschiedenen Stellen Auskünfte über Einkommen und Vermögen ein (z. B. Arbeitsentgelte, Kapitalerträge, Renten). Verschiedene Einkommen und Vermögen werden daher regelmäßig nachträglich bekannt.

Ich habe das Merkblatt "SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II/ Sozialgeld)" und die Ausfüllhinweise erhalten und kenne deren Inhalt. Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Es wurde eine Betreuerin/ein Betreuer vom **Betreuungsgericht** bestellt.

► Legen Sie bitte einen Nachweis über die Betreuung vor.

Aktenzeichen

Die Betreuung gilt für folgende Lebensbereiche:

Ort/Datum

Unterschrift Betreuerin/Betreuer

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Ort/Datum

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller

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

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Ort/Datum

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Merkblatt ausgehändigt

Kassenvermerke

Festgestellt
Handzeichen, Datum

Angeordnet
Handzeichen, Datum

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

9. التعليم المهني والمشاركة

يرجى ملاحظة أن الأشخاص تحت سن 25 عاماً يحق لهم التقدم بطلبات للتعليم والمشاركة. لهذا الغرض، توجّهوا من فضلكم إلى مركز التوظيف أو إلى المسؤول المختص في دائرة البلدية، حيث أنه يجب تقديم طلباً منفرداً في هذا الشأن.

التعبئة من مكتب العمل فقط

10. تقديم طلب لموعد لاحق

اعتباراً من تاريخ: **SGB II** تُقدم بطلب للمعونات الإجتماعية حسب القانون...

يرجى الملاحظة بأن طلبكم للمعونة حسب القانون (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II) يدخل حيز التنفيذ في بداية الشهر. لذلك فإن المعلومات التي تقدمونها بشكل خاص - حول حركة الدخل - يجب أن تكون عن كامل الشهر. لذلك أيضاً الخيار للتقديم على المعونات المالية اعتباراً من وقت محدد من المستقبل. إن اقرار المعونات من أجل فترة محددة ف بالمستقبل لا يكمن إلا في اليوم الأول من الشهر التالي.

بيانات تخضع للسرية الإجتماعية (انظر إلى المنشور: الكتاب الثاني من قانون الشؤون الاجتماعية). سيتم العمل على بيانكم حسب البنود 60-65 من الكتاب الأول لقانون الشؤون الاجتماعية البند 67 أ، ب، س، من الكتاب العاشر لقانون الشؤون الاجتماعية من أجل المعونات المالية.

الأشخاص الذين يتقدمون بطلب المعونة المالية أو يحصلون عليها يجب عليهم التفاعل الإلزامي: أي كل المعلومات الواردة في الطلب أو في هذه الوثيقة لابد أن تكون كاملة ودقيقة و أي تغييرات تطرأ بعد تقديم الطلب وتمس المعونة (مثل الحصول على وظيفة، تغيير المسكن)، يجب على الفور إبلاغ مركز العمل بها، وعلى كل الأفراد المستفيدة من حزمة المساعدات مراعاة هذا التفاعل الإلزامي.

في حال مخالفة التفاعل الإلزامي، صار لزاماً على كل المستفيدين من حزمة المساعدات ارجاع جميع المعونات الغير مستحقة. إذا كان لديكم اشخاص آخرون في حزمة المساعدات يجب عليكم تضمينهم بصفتكم تتوبون عنهم عند ملئ الطلب والتنسيق معهم بشأن المعلومات الأساسية و تلك التي تنطبق عليكم. كما يجب عليكم التأكيد من أن كل المستفيدين قد تلقوا المعلومات الضرورية (مثل الإخطارات).

إن مخالفة الإلتزامات المذكورة عاليه تؤدي إلى مخالفة النظام وإلى وقوع الشخص المرتكب لها تحت طائلة القانون. ذلك أن مركز العمل يتقصى الدخل والأرصدة المالية كإجراء روتيني لمضاهات لمعلومات من العديد من المصادر (مثل المكافآت الوظيفية، أرباح رأس المال، المعاشات). لذلك يتم الكشف بشكل لاحق عن المداخل والأرصدة التي لا يتم الإفصاح عنها.

لقد حصلت على نموذج الكتاب الثاني من قانون الشؤون الاجتماعية ونموذج معلومات عامة وأعرف كل محتويات هذين النموذجين في حال إذا حدثت أي تطورات (شكل خاص حول افراد العائلة أو الدخل المالي أو الممتلكات أو القدرة على العمل و الكسب) سأقوم باعلامكم بشكل فوري وبدون تأخير.

لقد تم تعيين مشرف/مشرفة من قبل محكمة الوصاية.

يرجى تقديم اثبات عن الوصاية.

رقم حالة

تتطبق الوصاية على المجالات التالية للحياة:

المكان/التاريخ توقيع المشرف \ المشرفة

أؤكد بان جميع البيانات صحيحة.

المكان/التاريخ توقيع مقدم/مقدمة الطلب

المكان/التاريخ توقيع ممثل/ممثلة القاصرة عن العمر (في حال اذا كان مقدم/مقدمة الطلب تحت سن البلوغ القانوني)

أشهد على دقة المعلومات و التعديلات أو الإضافات من قبلي أو من قبل موظفي وكالة العمل في القسم رقم:

المكان/التاريخ توقيع مقدم/مقدمة الطلب

المكان/التاريخ توقيع ممثل/ممثلة القاصرة عن العمر (في حال اذا كان مقدم/مقدمة الطلب تحت سن البلوغ القانوني)

طباعة الطلب

اعاده ضبط الطلب

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>