

## مرفق

لشخص آخر يبلغ من العمر 15 عامًا أو أكثر في المجتمع المحتاج  
-للأطفال أقل من 15 عامًا، يرجى ملء مرفق المعلومات الرئيسية -



يرجى وضع علامة عند الاقتضاء.



كقاعدة عامة، يرجى عدم تقديم المستندات  
الأصلية، بل نسختاً منها.



ستجد دليل مطبوع فيديو إلكتروني على [www.arbeitsagentur.digital](http://www.arbeitsagentur.digital) في ملته. على

الرقم المعني في تعليمات ملء النموذج على [www.arbeitsagentur.de/fragen-aufg2](http://www.arbeitsagentur.de/fragen-aufg2).  
يرجى التأكد من أنك جئت مع نسخة من بطاقة الهوية الوطنية (SGB II) ومرفقات الأخرى بالتطبيق.

تخضع البيانات التالية للسرية الاجتماعية (راجع "ورقة المعلومات (SGB II") يتم جمع معلوماتك بناءً على الأقسام 65 - 60 من الكتاب الأول من القانون الاجتماعي (SGB I) والأقسام 67، ب، ج من الكتاب العاشر من القانون الاجتماعي (SGB X) للحصول على المزايا وفقاً للكتاب الثاني من القانون الاجتماعي. القانون الاجتماعي (SGB II). يمكنك الحصول على معلومات حماية البيانات من مركز العمل المسؤول عنك وأيضاً عبر الإنترنت على [www.arbeitsagentur.de/datenernahme](http://www.arbeitsagentur.de/datenernahme).

1. البيانات الشخصية لمقدم الطلب

تعليم الأول	
اسم العائلة	تاريخ الميلاد
عدد احتياجات المجتمع (إن وجد) رقم العميل (إن وجد)	

2. تشير المعلومات الواردة في هذا الملحق إلى الشخص الإضافي التالي  
15 سنة في مجتمع احتياجات 4

2.1 البيانات الشخصية للشخص الآخر

تعليم الأول	
اسم العائلة	اسم الميلاد (إذا كان مختلفاً)
مكان الميلاد	تاريخ الميلاد
بلد الميلاد	جنسية
لا يرجى إدخال تاريخ الدخول إلى ألمانيا هنا في حالة عدم وجود شخص آخر لديه الجنسية الألمانية. مؤعد الدخول	
رقم تأمين التقاعد <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> رقم تأمين المعاشات التقاعدية غير موجود بعد وقد كان كذلك مطلوب

2.2 الحالة الاجتماعية للشخص الإضافي

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	متزوج	<input type="checkbox"/>	الأبواب	<input type="checkbox"/>	شراكة الحياة المسجلة
<input type="checkbox"/>	العيش بشكل منفصل منذ:					
<input type="checkbox"/>	مطلقة منذ:					
<input type="checkbox"/>	تم حل الشراكة المدنية منذ:					

<h1>WEP</h1> <p>2</p> <p>تحرير الملاحظات يتم ملؤها من قبل مركز العمل فقط</p> <p>ختم الدخول</p>
قسم
فريق
رقم العميل للشخص الإضافي
<p>الشخص الآخر لديه نفسه</p> <p>تم عمل تقرير بواسطة:</p> <p>بطاقة التعريف</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>جواز سفر</p> <p>أوراق هوية أخرى (مثل الإلكترونية)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>تصريح الإقامة):</p> <p><input type="checkbox"/></p>
تاريخ الانتهاء
رقم AZR للشخص الإضافي
رقم التعريف الشخصي للآخر شخص (للمواطنين الرومانيين والبلغاريين)
تم فحص البيانات في STEP on
علامة اليد، التاريخ

## 2.3 معلومات شخصية عن شخص آخر

أنا مرتبط بالشخص الآخر .

شريكي مرتبط بالشخص الآخر .

العلاقة العائلية

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

لا  نعم  لقد تقدم الشخص الآخر بالفعل بطلب للحصول على مزايا من مركز عمل آخر أو حصل عليها خلال الشهر الذي تم فيه تقديم الطلب.

اسم مركز العمل الآخر

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم الأدلة ذات الصلة.

لا  نعم  يشعر الشخص الآخر بأنه قادر جسديًا على القيام بذلك بانتظام -القيام بنشاط ما لمدة ثلاث ساعات على الأقل يوميًا .

لا  ويحق للشخص الآخر بموجب قانون استحقاقات طلابي اللجوء،  إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم الأدلة ذات الصلة (مثل تصريح الإقامة، تصريح الإقامة، التسامح، قرار من المكتب الاتحادي للهجرة واللاجئين (BAFM)).

لا  الشخص الآخر  هو  طالب أو متدرب  10

مدة التعليم المدرسي من -إلى

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم الأدلة الحالية (مثل شهادة المدرسة).

مدة الدراسة من -إلى

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم الأدلة الحالية (مثل شهادة التسجيل).

مدة التدريب من -إلى

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم عقد التدريب قبل.

10 أثناء التدريب، يتم إيواء الشخص الآخر في مسكن أو مدرسة داخلية أو منشأة خاصة للأشخاص ذوي الإعاقة أو مع المدرب مع إقامة كاملة أو أماكن إقامة أخرى وسداد تكاليف الإقامة.

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم الأدلة الحالية.

لا  نعم  الشخص الآخر موجود حاليًا أو سيكون قريبًا في منشأة للمرضى الداخليين (مثل المستشفى أو دار المسنين أو المنشأة الإصلاحية).

مدة الإقامة من -إلى

نوع منشأة المرضى الداخليين  11

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم شهادة إقامة سارية المفعول ومدتها.

## 3. فحص المتطلبات الإضافية

المعلومات طوعية ومطلوبة فقط إذا كنت ترغب في طلب متطلبات إضافية.

الشخص الآخر حامل .  يرجى تقديم دليل يوضح التاريخ المتوقع للشفاء.  12

يحتاج الشخص الآخر إلى تغذية باهظة الثمن لأسباب طبية. 14

يرجى ملء مرفق MEB بعيدا عن المكان.

الشخص الآخر لديه إعاقة ويحصل على 15

• فوائد المشاركة في الحياة العملية وفقاً للمادة 49، الكتاب التاسع من قانون الضمان الاجتماعي (SGB) التاسع أو

• مساعدات أخرى للحصول على وظيفة مناسبة أو

• المساعدة في الاندماج وفقاً للمادة 112 من قانون الشؤون الاجتماعية التاسع.

يرجى تقديم إشعار مماثل.

الشخص الآخر غير لائق للعمل ويحمل بطاقة هوية وفقاً للمادة 152 الفقرة IX SGB مع الرمز G أو  eG.  يرجى تقديم إثبات حالي (على سبيل المثال، بطاقة هوية الشخص المعاق).  13

تحرير الملاحظات  
يتم ملؤها من قبل مركز العمل فقط

شهادة مدرسية

عقد التدريب

الملحق ميب

لدى الشخص الآخر حاجة خاصة لا يمكن تجنبها ولا يمكن تغطيتها من خلال المدخرات أو وسائل أخرى (مثل تكاليف ممارسة حقوق الوصول للوالدين المنفصلين).

يرجى ملء المرفق B7 بعيداً عن المكان.

الشخص الآخر هو طالب ويتحمل تكاليف الكتب المدرسية/المنسقات.

يرجى تقديم الأدلة ذات الصلة.

4. الدخل والأصول  19 للتحقق من دخل الشخص الآخر، يرجى ملء المرفق EK بعيداً عن المكان.

إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، يرجى أيضًا ملء ملحق EKS.

عند تقديم الطلب، يجب دائمًا تقديم البيانات المصرفية. يرجى تقديم كشف حساب بنكي لآخر ثلاثة أشهر.

إذا كان لديك أصول كبيرة، يرجى ملء المرفق VM بعيداً عن المكان. على المدى القصير مهم بالنسبة ل

الأصول القابلة للاستخدام للعيش أكثر من 30.000 يورو لكل شخص إضافي في المجتمع المحتاج.

أمثلة: النقد، والمدخرات، والمال الليلة واحدة، وخطط ادخار الأوراق المالية والودائع. ولا ينبغي إدراج الأصول غير المتاحة بحرية في اختبار الملاءمة. ويشمل ذلك، على وجه الخصوص، العقارات السكنية التي يشغلها مالكوها ومنتجات توفير التقاعد النموذجية مثل التأمين على الحياة الرأسمالية أو التأمين على التقاعد.

إذا كان الشخص الآخر لديه أصول كبيرة ويعمل حاليًا لحسابه الخاص أو سبق له أن فعل ذلك في حياته المهنية، فإن المعلومات التالية مطلوبة:

إجمالي عدد السنوات التي قضاها الشخص الآخر في العمل لحسابه الخاص  
تمارس هو:

5. الوضع المعيشي للشخص الآخر

5.1 الخدمات ذات الأولوية 21

يتم استخدام المعلومات التالية للتحقق مما إذا كانت هناك مطالبة بخدمات أخرى أو بأطراف ثالثة يمكن أن توجد.

إدخالات متعددة ممكنة هنا. يرجى تقديم الأدلة ذات الصلة.

في آخر 5 سنوات 22

كان الشخص الآخر مشغولاً.

<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	خاضعة لاشتراكات التأمين الاجتماعي <b>يطلب العمل</b>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	وظيفة صغيرة
<input type="checkbox"/>	من الى	صاحب العمل	<input type="checkbox"/>	خاضعة لاشتراكات التأمين الاجتماعي
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	وظيفة صغيرة
<input type="checkbox"/>	وكان الشخص الآخر يعمل لحسابه الخاص.			
<input type="checkbox"/>		نوع النشاط		
<input type="checkbox"/>	الشخص الآخر قد أكمل الخدمة العسكرية أو الخدمة التطوعية (على سبيل المثال، السنة الاجتماعية التطوعية، الخدمة التطوعية الفيدرالية).			
<input type="checkbox"/>	قام الشخص الآخر برعاية أقاربه (الرعاية وفقاً للكتاب الحادي عشر من قانون الضمان الاجتماعي).			
<input type="checkbox"/>	حصل الشخص الآخر على تعويضات (مثل إعانة المرض، وإعانة البطالة، وإعانة الأمومة، وإعانة الوالدين، والإعانة الانتقالية).			
<input type="checkbox"/>	من الى	أداء		
<input type="checkbox"/>	ولا تنطبق أي من هذه النقاط على الشخص الآخر. الشخص الآخر له خاصته			
<input type="checkbox"/>	يتم تغطية نفقات المعيشة على النحو التالي (على سبيل المثال الدعم المالي من خلال الأقارب/المعارف، المدخرات، الميراث):			

تحرير الملاحظات  
يتم ملؤها من قبل مركز العمل فقط

الملحق ب

الملحق ك

منشأة EKS

البيانات المصرفية

مصنع VM

## 5.2 المطالبات ضد أطراف ثالثة 24 23

<input type="checkbox"/>	لقد تقدم الشخص الآخر بالفعل بطلب للحصول على مزايا أخرى أو ينوي التقديم. وتشمل هذه، على سبيل المثال، المزايا بموجب قانون المساعدة التدريبية الفيدرالي (BAföG) وبدل التدريب المهني (BAB) وإعانات السكن، وإعانات البطالة، والمعاشات التقاعدية (معاشات الشيخوخة، ومعاشات الورثة، والمعاشات الأساسية)، وإعانات المرض، وإعانات الأطفال، ومكملت الأطفال.	تاريخ التقديم
	مقدم المنافع الاجتماعية/صندوق الأسرة	
	<input type="checkbox"/> يرجى تقديم الدليل الحالي.	
<input type="checkbox"/>	يقوم الشخص الآخر بتقديم مطالبات ضد صاحب العمل (السابق) بشأن الأجور المستحقة أو مدفوعات الرواتب (على سبيل المثال في حالة الإعسار/ إعسار صاحب العمل) أو لفترات بعد مغادرة الشركة (على سبيل المثال، إذا كانت مدفوعات إنهاء الخدمة لا تزال مستحقة).	صاحب العمل عنوان
	سبب	
	<input type="checkbox"/> يرجى تقديم الأدلة المناسبة (مثل المراسلات مع محاميك أو المحكمة).	
<input type="checkbox"/>	يعيش الشخص الآخر بشكل منفصل عن زوجته أو شريك حياته المسجل.	
	<input type="checkbox"/> يرجى ملء المرفق UH1 بعيداً عن المكان.	
<input type="checkbox"/>	إذا كان الشخص الآخر مطلقاً أو تم إلغاء الشراكة المدنية المسجلة.	
	<input type="checkbox"/> يرجى ملء المرفق UH1 بعيداً عن المكان.	
<input type="checkbox"/>	الشخص الآخر حامل أو يرعى طفلاً غير شرعي يقل عمره عن 3 سنوات.	
	<input type="checkbox"/> يرجى ملء المرفق UH2 بعيداً عن المكان.	
<input type="checkbox"/>	الشخص الآخر هو • أقل من 18 سنة أو • بين 18 و 24 سنة ويلتحق بالمدرسة أو التدريب المهني أو يريد أن يبدأ قريباً ويعيش أحد الوالدين على الأقل خارج المجتمع المحتاج. <input type="checkbox"/> يرجى ملء المرفق UH3 إذا كان الشخص الآخر هو الطفل. <input type="checkbox"/> يرجى ملء المرفق UH4 إذا كان الشخص الآخر ليس الطفل وأنت معه.	
	الشراكة الحية.	
<input type="checkbox"/>	تعرض الشخص الآخر لضرر على صحته على يد طرف ثالث (مثل العمل أو المرور أو القمار أو حادث رياضي أو خطأ في العلاج الطبي أو مشاجرة جسدية). ولذلك يجب على الشخص الآخر التقدم بطلب للحصول على المزايا في مركز العمل.	
	<input type="checkbox"/> يرجى ملء مرفق UF بعيداً عن المكان.	
<input type="checkbox"/>	لدى الشخص الآخر مطالبة ضد أطراف ثالثة (على سبيل المثال من مطالبات الدفع التعاقدية أو مطالبات التعويض عن الأضرار).	
	اسم المطالبة	
	<input type="checkbox"/> يرجى تقديم إثبات للمطالبة بالمستندات الحالية.	
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (25) بالنسبة للشخص الآخر، تم تقديم إعلان الالتزام إلى سلطات الهجرة أو البعثة الدبلوماسية في الخارج.	
	<input type="checkbox"/> يرجى تقديم إقرار الالتزام أو المستندات المناسبة.	

تحرير الملاحظات  
يتم ملؤها من قبل مركز العمل فقط

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	الملحق UH1
<input type="checkbox"/>	الملحق UH1
<input type="checkbox"/>	الملحق UH2
<input type="checkbox"/>	الملحق UH3
<input type="checkbox"/>	الملحق UH4
<input type="checkbox"/>	منشأة يو إف
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

6. التأمين الصحي والرعاية التمريضية 6.1 التأمين الإلزامي في التأمين الصحي والرعاية التمريضية القانوني

<input type="checkbox"/>	الشخص الآخر هو أو كان مؤخرًا مؤمنًا عليه بشكل إلزامي أو عائلي بموجب التأمين القانوني للرعاية الصحية والتمريضية .	
	عندما يبدأ استحقاق إعانة البطالة ، II، يرغب الشخص الإضافي في أن يتم التأمين عليه بـ:	
<input type="checkbox"/>	شركة التأمين الصحي السابقة.	
	اسم التأمين الصحي	رقم التأمين الصحي (إذا كان معروفًا)
<p>يرجى تقديم شهادة العضوية أو أي دليل حالي آخر للعضوية</p> <p>تقوم شركة التأمين الصحي بإعلامك بتأمين الشخص الآخر، وبدلاً من ذلك، يمكنك أيضًا تقديم البطاقة الصحية الإلكترونية الصالحة للشخص الآخر، ولن يتم الاحتفاظ بها في الملف.</p>		
<input type="checkbox"/>	شركة تأمين صحي أخرى.	
	اسم التأمين الصحي	رقم التأمين الصحي (إذا كان معروفًا)
<p>26) يرجى تقديم شهادة العضوية أو أي إثبات حالي آخر للعضوية</p> <p>شركة التأمين الصحي حول اختيار شركة التأمين الصحي إذا قام الشخص الآخر بتغيير شركة التأمين الصحي.</p>		
6.2 التأمين الصحي والرعاية التمريضية القانوني الخاص والطوعي أو عدم وجود تأمين صحي		
<input type="checkbox"/>	الشخص الآخر غير مؤمن عليه.	<input type="checkbox"/>
	الشخص الآخر خاص أو - مؤمن عليه قانونًا طوعًا .	
	يرجى ملء الملحق ، SV، القسم 3	يرجى ملء الملحق ، SV، القسم 4

تحرير الملاحظات  
يتم ملؤها من قبل مركز العمل فقط



الملحق SV

في التالي  
كانت الأقسام في  
حضور العميل  
التغييرات التي تم إجراؤها  
على العملاء:

علامة اليد، التاريخ

توقيع ال  
عميل

أؤكد أن المعلومات صحيحة.

المكان والتاريخ

توقيع مقدم الطلب (للقاصرين: توقيع الممثل القانوني)