

Հավելված

կարիքավոր համայնքում գտնվող 15 և ավելի տարեկան մեկ այլ անձի համար

- Մինչև 15 տարեկան երեխաների համար խնդրում ենք լրացնել KI հավելվածը -



Խնդրում ենք համապատասխան կերպով նշել:



Որպես ընդհանուր կանոն, խնդրում ենք չներկայացնել փաստաթղթերի բնօրինակները, այլ պատճենները:



Այստեղ դուք կգտնեք տեսանյութ, որը կօգնի ձեզ լրացնել այն: www.jobcenter.digital կայքում

Դուք տեղեկատվություն կստանաք մեր թվային

առաջարկների, SGB II տեղեկատվական թերթիկի և

հավելվածի այլ հավելվածների մասին:



Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս

www.arbeitsagentur.de/fragen-alg2

հասցեով ձևաթղթի

[լրացման հրահանգների համապատասխան համարը:](http://www.arbeitsagentur.de/datenernahme)

Հետևյալ տվյալները ենթակա են սոցիալական գաղտնիության (տես «Տեղեկատվական թերթիկ SGB II»): Ձեր տեղեկատվությունը հավաքագրվում է Սոցիալական օրենսգրքի (SGB I) Առաջին գրքի 60-65-րդ բաժինների և Սոցիալական օրենսգրքի (SGB X) տասներորդ գրքի (SGB X) 67a, b, c բաժինների վրա հիմնված նպաստների համար՝ համաձայն Երկրորդ գրքի: սոցիալական օրենսգրքը (SGB II): Դուք կարող եք տվյալների պաշտպանության մասին տեղեկություններ ստանալ ձեզ համար պատասխանատու աշխատանքի կենտրոնից, ինչպես նաև առցանց՝ www.arbeitsagentur.de/datenernahme կայքում:

1. Դիմողի անձնական տվյալներ

Ողջուն	Անուն
Ազգանուն	Ծննդյան օր
Կարիքների համայնքի թիվը (եթե առկա է) Հաճախորդի համարը (եթե առկա է)	

2. Սույն հավելվածի տեղեկատվությունը վերաբերում է հետևյալ լրացուցիչ անձին 15 տարի կարիքավոր համայնքում 4

2.1 Այլ անձի անձնական տվյալներ

Ողջուն	Անուն
Ազգանուն	Ծննդյան անուն (եթե տարբեր է)
Ծննդավայր	Ծննդյան օր
Ծննդավայր	ազգությունը
Խնդրում ենք մուտքագրել Գերմանիա մուտքի ամսաթիվը այստեղ, եթե այլ անձ չկա ունի գերմանական քաղաքացիություն:	
Մուտքի ամսաթիվը	
կենսաթոշակային ապահովագրության համարը 1	<input type="checkbox"/> Կենսաթոշակային ապահովագրության համարը դեռ գոյություն չունի և եղել է խնդրեց

2.2 Լրացուցիչ անձի ընտանեկան դրությունը

միակնակ ամուսնացած այրիացած գրանցված կյանքի գործընկերություն
 ապրելի առանձին, քանի որ _____
 ամուսնալուծված, քանի որ _____
 քաղաքացիական գործընկերությունը լուծարվել է, քանի որ _____

<h1>WEP</h1> <p>2</p> <p>Նշումների խմբագրում Լրացվում է միայն աշխատանքի կենտրոնի կողմից</p> <p>Մուտքի կնիք</p> <p>բաժին</p> <p>թիմը</p> <p>Լրացուցիչ անձի հաճախորդի համարը</p> <p>Մյուսն ինքն իրեն ունի հաղորդում է. <input type="checkbox"/> ID քարտ <input type="checkbox"/> անձնագիր <input type="checkbox"/> Այլ նույնականացման թուղթ (օրինակ՝ էլեկտրոնային Բնակության թույլտվություն):</p> <p>Ժամկետի ամսաթիվ</p> <p>Լրացուցիչ անձի AZR համարը</p> <p>Մյուսի անձնական նույնականացման համարը Անձ (Ռումինիայի և Բուլղարիայի քաղաքացիների համար)</p> <p>Տվյալները ստուգվել են STEP-ում</p> <p>Ձեռքի նշան, ամսաթիվ</p>
--

2.3 Անձնական տեղեկատվություն այլ անձի մասին

Ես առնչություն ունեմ դիմացինի հետ :

Իմ գործընկերը կապված է դիմացինի հետ :

Ընտանեկան հարաբերություններ

Մյուս անձը արդեն դիմել է կամ ստացել է նպաստներ այլ աշխատանքի կենտրոնից այն Այո՝ Ոչ

ամսվա համար, երբ դիմումը ներկայացվել է:

Աշխատանքի մյուս կենտրոնի անվանումը

Եթե այո, խնդրում ենք տրամադրել համապատասխան ապացույցներ:

Մյուս անձը զգում է, որ ֆիզիկապես կարող է դա անել կանոնավոր կերպով Այո՝ Ոչ

օրական առնվազն երեք ժամ գործունեություն ծավալել :

Մյուս անձը իրավունք ունի ապաստան հայցողների նպաստների մասին օրենքի Այո՝ Ոչ

համաձայն : **Եթե այո, խնդրում ենք** **9**

տրամադրել համապատասխան ապացույցներ (օրինակ՝ կացության թույլտվություն, կացության թույլտվություն, հանրությունը կապակցություն, Միգրացիայի և փախստականների դաշնային գրասենյակի (BAMF) որոշումը):

Մյուս անձը դպրոցի աշակերտ է , ուսանող կամ վերապատրաստվող: Այո՝ Ոչ

Դպրոցական կրթության տեսողությունը -ից մինչև	Եթե այո, խնդրում ենք ներկայացնել ընթացիկ ապացույցներ (օրինակ՝ դպրոցի վկայական):
Ուսման տևողությունը -ից մինչև	Եթե այո, խնդրում ենք ներկայացնել ընթացիկ ապացույցներ (օրինակ՝ գրանցման վկայական):
Դասընթացի տևողությունը -ից մինչև	Եթե այո, խնդրում ենք տրամադրել վերապատրաստման պայմանագիրը <small>տեսքով</small>

Դասընթացի ընթացքում դիմացինին տեղավորում են հանրակացարանում , գիշերօթիկ դպրոցում, հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված հատուկ հաստատությունում կամ դասընթացավարի մոտ՝ լիարժեք սնունդով կամ այլ կացարանով և փոխհատուցումով: **10**

Եթե այո, խնդրում ենք ներկայացնել ընթացիկ ապացույցներ:

Մյուս անձը ներկայումս գտնվում է կամ շուտով կլինի ստացիոնար հաստատությունում (օրինակ՝ Այո՝ Ոչ

հիվանդանոց, ծերանոց, ուղղիչ հաստատություն):

Տեղավորման տևողությունը -ից մինչև

Ստացիոնար հաստատության տեսակը **11**

Եթե այո, խնդրում ենք տրամադրել կեցության և տևողության վավեր վկայական:

Նշումների խմբագրում

Լրացվում է միայն աշխատանքի կենտրոնի կողմից

Դպրոցի վկայական

վերապատրաստման պայմանագիր

Հավելված MEB

3. Լրացուցիչ պահանջների ուսումնասիրություն

Տեղեկությունը կամավոր է և պահանջվում է միայն այն դեպքում, եթե ցանկանում եք լրացուցիչ պահանջներ պահանջել:

Մյուսը հղի է : **Խնդրում ենք տրամադրել** **12**

ապացույց, որը ցույց է տալիս առաքման ակնկալվող ամսաթիվը:

Մյուս անձը բժշկական նկատառումներով թանկ սնուցում է պահանջում : **14**

Խնդրում ենք լրացնել MEB հավելվածը դուրս.

Մյուս անձը հաշմանդամ է և ստանում է **15**

- Աշխատանքային կյանքին մասնակցելու նպաստները՝ համաձայն Սոցիալական ապահովության օրենսգրքի 49-րդ բաժնի 9-րդ գրքի (SGB IX) կամ
- այլ օգնություն՝ համապատասխան աշխատանք ստանալու համար կամ
- Ինտեգրման աջակցություն՝ համաձայն 112 SGB IX բաժնի:

Խնդրում ենք տրամադրել համապատասխան ծանուցում:

Մյուս անձը պիտանի չէ աշխատանքի և հանդիսանում է նույնականացման քարտի սեփականատեր՝ 152-րդ բաժնի 5-րդ կետի SGB IX-ի համաձայն՝ G կամ aG խորհրդանիշով: **Խնդրում ենք** **16**

ներկայացնել ընթացիկ ապացույց (օրինակ՝ ծանր հաշմանդամություն ունեցող անձի նույնականացման քարտ):

Մյուս անձը ունի անխտաափելի հատուկ կարիք , որը նա չի կարող ծածկել խնայողությունների կամ այլ միջոցների միջոցով (օրինակ՝ բաժանված ծնողների մուտքի իրավունքի իրականացման ծախսեր):

Խնդրում ենք լրացնել BB հավելվածը դուրս. 17

Մյուս անձը ուսանող է և ունի դպրոցական գրքերի/աշխատանքային տետրերի ծախսեր :

Խնդրում ենք տրամադրել համապատասխան ապացույցներ: 18

4. Եկամուտներ և ակտիվներ 19 Մյուս անձի եկամուտներ 20

ստուգելու համար խնդրում ենք լրացնել EK հավելվածը դուրս.

Եթե դուք ինքնազբաղված եք, խնդրում ենք լրացնել նաև EKS հավելվածը :

Հայտ ներկայացնելիս միշտ պետք է ներկայացվեն բանկային քաղվածքներ: Խնդրում ենք տրամադրել վերջին երեք ամիսների բանկային քաղվածքներ: 43

Եթե դուք ունեք նշանակալի ակտիվներ, խնդրում ենք լրացնել հավելված VM դուրս. Կարճաժամկետը նշանակալի է Ակտիվներ, որոնք կարող են օգտագործվել ավելի քան 30,000 եվրո ապրուստի համար՝ կարիքավոր համայնքի յուրաքանչյուր լրացուցիչ անձի համար: Օրինակներ. Կանխիկ դրամ, խնայողություններ, մեկ գիշերվա փողեր, արժեթղթերի խնայողական պլաններ և ավանդներ:

Ակտիվները, որոնք ազատ հասանելի չեն, չպետք է ներառվեն համապատասխանության թեստում: Սա ներառում է մասնավորապես, սեփականատիրոջ կողմից զբաղեցրած բնակելի անշարժ գույքը և կենսաթոշակային ապահովման բնորոշ արտադրանքները, ինչպիսիք են կապիտալի կյանքի կամ կենսաթոշակային ապահովագրությունը:

Եթե մյուս անձը զգալի ակտիվներ ունի և ներկայումս ինքնազբաղված է կամ արդեն դա արել է իր մասնագիտական կյանքում, ապա պահանջվում է հետևյալ տեղեկատվությունը.

Մյուս անձը ինքնազբաղվածության տարիների ընդհանուր թիվը
իրականացվում է. _____

5. դիմացինի կենսաղային իրավիճակը

5.1 Առաջնահերթ ծառայություններ 21

Հետևյալ տեղեկատվությունը օգտագործվում է ստուգելու համար, թե արդյոք կա պահանջ այլ ծառայությունների կամ երրորդ անձանց նկատմամբ կարող էր գոյություն ունենալ:

Այստեղ հնարավոր են բազմաթիվ գրառումներ: Խնդրում ենք տրամադրել համապատասխան ապացույցներ:

Վերջին 5 տարում 22

<input type="checkbox"/> մյուսը զբաղված էր.	սկսած միևնույն	Գործատու	<input type="checkbox"/> ենթակա են սոցիալական ապահովագրության վճարների <input type="checkbox"/> Մյուսի աշխատանք
<input type="checkbox"/> մյուս անձը ինքնազբաղված էր :	սկսած միևնույն	Գործունեության տեսակը	<input type="checkbox"/> ենթակա են սոցիալական ապահովագրության վճարների <input type="checkbox"/> Մյուսի աշխատանք
<input type="checkbox"/> մյուս անձը անցել է գինվորական ծառայություն կամ կամավոր ծառայություն (օրինակ՝ կամավոր սոցիալական տարի, դաշնային կամավոր ծառայություն):			
<input type="checkbox"/> մյուս անձը խնամել է հարազատներին (խնամք՝ սոցիալական ապահովության օրենսգրքի տասնմեկերորդ գրքի համաձայն):			
<input type="checkbox"/> մյուս անձը ստացել է փոխհատուցման նպաստներ (օրինակ՝ հիվանդության նպաստ, գործազրկության նպաստ, մայրության նպաստ, ծնողական նպաստ, անցումային նպաստ):	սկսած միևնույն	Կատարում	
<input type="checkbox"/> Այս կետերից ոչ մեկը չի վերաբերում մյուս անձին : Մյուսն ունի իրենցը Կյանքի ծախսերը ծածկվում են հետևյալ կերպ (օրինակ՝ ֆինանսական աջակցություն Հարազատներ/ծանոթներ, խնայողություններ, ժառանգություն).			

Նշումների խմբագրում
Լրացվում է միայն աշխատանքի կենտրոնի կողմից

Հավելված BB

Հավելված EK

EKS հաստատություն

Բանկային քաղվածքներ

Plant VM

5.2 Երրորդ անձանց դեմ պահանջներ 23 24

Մյուս անձն արդեն դիմել է այլ արտոնությունների համար կամ մտադիր է դիմել: Դրանք ներառում են, օրինակ, Դաշնային ուսուցման աջակցության ակտի (BAFö G) համաձայն արտոնությունները, մասնագիտական ուսուցման նպաստը (BAB), բնակարանային նպաստը, գործազրկության նպաստը, կենսաթոշակները (ծերության, կերակրողին և հիմնական կենսաթոշակները), հիվանդության նպաստները, երեխայի նպաստը և երեխայի հավելումը:

Ցատկային տեսակը	Դիմումի ամսաթիվը
-----------------	------------------

Սոցիալական նպաստ տրամադրող/ընտանեկան հիմնադրամ

Խնդրում ենք ներկայացնել ընթացիկ ապացույցը:

Մյուս անձը պահանջում է (նախկին) գործատուից չմարված աշխատավարձի կամ աշխատավարձի վճարումների համար (օրինակ՝ անվճարունակության դեպքում/ Գործատուի անվճարունակությունը կամ ընկերությունից հեռանալուց հետո (օրինակ, եթե արձակման վճարները դեռևս չմարված են):

Գործատու	Հասցե
----------	-------

Պատճառ

Խնդրում ենք տրամադրել համապատասխան ապացույցներ (օրինակ՝ նամակագրություն ձեր փաստաբանի կամ դատարանի հետ):

Մյուս անձը ապրում է ամուսնուց կամ գրանցված կյանքի զուգընկերոջից առանձին:

Խնդրում ենք լրացնել UH1 հավելվածը դուրս.

Մյուս անձը ամուսնալուծված է կամ գրանցված քաղաքացիական ընկերակցությունը չեղյալ է հայտարարվել:

Խնդրում ենք լրացնել UH1 հավելվածը դուրս.

Մյուս անձը հղի է կամ խնամում է մինչև 3 տարեկան ապօրինի երեխային:

Խնդրում ենք լրացնել UH2 հավելվածը դուրս.

Մյուս մարդն է

- մինչև 18 տարեկան կամ
- 18-ից 24 տարեկան և դպրոցական կամ մասնագիտական ուսուցում կամ ցանկանում է շուտով սկսել

և առնվազն մեկ ծնող ապրում է կարիքավոր համայնքից դուրս:

Խնդրում ենք լրացնել UH3 հավելվածը եթե դիմացինը երեխա է.

Խնդրում ենք լրացնել UH4 հավելվածը եթե դիմացինը երեխան չէ, և դուք նրա հետ մեկում եք
Կենդանի գործընկերություն.

Մյուս անձը երրորդ անձի ձեռքով վնաս է կրել իր առողջությանը (օրինակ՝ աշխատանք, ճանապարհատրանսպորտային պատահար, խաղային կամ սպորտային վթար, բժշկական բուժման սխալ կամ ֆիզիկական վեճ): Հետևաբար, մյուս անձը պետք է դիմի նպաստների համար աշխատանքի կենտրոնում:

Խնդրում ենք լրացնել UF հավելվածը դուրս.

Մյուս անձը պահանջ ունի երրորդ անձանց դեմ (օրինակ՝ պայմանագրային վճարման պահանջներից կամ վնասների հատուցման պահանջներից):

Հայցի անվանումը

Խնդրում ենք ներկայացնել պահանջի ապացույցը ընթացիկ փաստաթղթերով:

Մյուս անձի համար ներգաղթի մարմիններին կամ արտասահմանում դիվանագիտական 25 Այո՝ Ոչ

ներկայացուցչությանը հանձնառության մասին հայտարարություն է արվել:

Խնդրում ենք ներկայացնել պարտավորության հայտարարագիրը կամ համապատասխան փաստաթղթեր:

Նշումների խմբագրում
Լրացվում է միայն աշխատանքի կենտրոնի կողմից

Հավելված UH1

Հավելված UH1

Հավելված UH2

Հավելված UH3

Հավելված UH4

Հաստատության UF

6. Առողջության և բուժքույրական խնամքի ապահովագրություն 27

26 6.1 Պարտադիր ապահովագրություն պարտադիր բժշկական և բուժքույրական խնամքի ապահովագրության մեջ

<input type="checkbox"/>	Մյուս անձը կամ վերջին անգամ եղել է պարտադիր կամ ընտանիքով ապահովագրված առողջության և բուժքույրական խնամքի կանոնադրական ապահովագրության ներքո :
Երբ սկսվում է գործազրկության նպաստի II իրավունքը, լրացուցիչ անձը ցանկանում է ապահովագրված լինել:	
<input type="checkbox"/>	նախկին առողջապահական ապահովագրական ընկերությունը:
առողջության ապահովագրության անվանումը	Առողջության ապահովագրության համարը (եթե հայտնի է)
Խնդրում ենք տրամադրել անդամակցության վկայական կամ անդամակցության այլ ընթացիկ ապացույց Առողջության ապահովագրական ընկերությունը ձեզ տեղեկացնում է դիմացինի ապահովագրության մասին: Որպես այլընտրանք, կարող եք նաև ներկայացնել դիմացինի վավեր էլեկտրոնային առողջապահական քարտը, որը չի պահվի ֆայլում:	
<input type="checkbox"/>	մեկ այլ առողջապահական ապահովագրական ընկերություն:
առողջության ապահովագրության անվանումը	Առողջության ապահովագրության համարը (եթե հայտնի է)
Խնդրում ենք տրամադրել անդամակցության վկայական կամ անդամակցության այլ ընթացիկ ապացույց 26 <small>Առողջության ապահովագրական ընկերությունը առողջության ապահովագրական ընկերության ընտրության մասին, եթե դիմացինը փոխի առողջության ապահովագրական ընկերությունը:</small>	

6.2 Առողջության և բուժքույրական խնամքի մասնավոր, կանոնադրական կամավոր կամ առանց առողջության ապահովագրության

<input type="checkbox"/> Մյուս անձը մասնավոր է կամ Կամավոր օրինական ապահովագրված:	<input type="checkbox"/> Մյուս անձը ապահովագրված չէ :
Խնդրում ենք լրացնել Հավելված SV, Բաժին 3 :	Խնդրում ենք լրացնել Հավելված SV, Բաժին 4 :

Ես հաստատում եմ, որ տեղեկատվությունը ճիշտ է:

Տեղ, ամսաթիվ	Դիմողի ստորագրությունը (անչափահասների համար՝ օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը)
--------------	---

Նշումների խմբագրում
Լրացվում է միայն աշխատանքի կենտրոնի կողմից

Հավելված SV

Հետեւյալ
Բաժիններ էին
Հաճախորդի ներկայությունը
Հաճախորդի կողմից
կատարված փոփոխությունները.

Ձեռքի նշան, ամսաթիվ

-ի ստորագրությունը
հաճախորդ