

Pièce jointe

pour une autre personne âgée de 15 ans ou plus dans la communauté dans le besoin

– Pour les enfants de moins de 15 ans, merci de remplir la pièce jointe KI –



Veuillez cocher la case appropriée.



En règle générale, veuillez ne pas soumettre de documents originaux, mais plutôt des copies.



Vous trouverez ici une vidéo pour vous aider à le remplir. Sur www.jobcenter.digital
Vous recevrez des informations sur nos offres numériques, la fiche d'information SGB II et d'autres pièces jointes à l'application.



Pour plus d'informations, voir le numéro correspondant dans les instructions pour remplir le formulaire sur www.arbeitsagentur.de/fragen-alg2.

Les données suivantes sont soumises au secret social (voir « Fiche d'information SGB II »). Vos informations sont collectées sur la base des articles 60 à 65 du premier livre du code social (SGB I) et des articles 67a, b, c du dixième livre du code social (SGB X) pour les prestations selon le deuxième livre du Code social. le Code Social (SGB II). Vous pouvez obtenir des informations sur la protection des données auprès de l'agence pour l'emploi compétente ainsi qu'en ligne sur www.arbeitsagentur.de/datenernahme.

1. Données personnelles du demandeur

Salutation	Prénom
nom de famille	date de naissance
Numéro de communauté de besoins (si disponible) Numéro de client (si disponible)	

2. Les informations contenues dans cette annexe se réfèrent à la personne supplémentaire suivante 15 ans dans la communauté des besoins 4 

2.1 Données personnelles de l'autre personne

Salutation	Prénom
nom de famille	Nom de naissance (si différent)
Lieu de naissance	date de naissance
pays de naissance	nationalité
► Veuillez indiquer ici la date d'entrée en Allemagne s'il n'y a personne d'autre a la nationalité allemande.	
Date d'entrée	
numéro d'assurance pension 	<input type="checkbox"/> Le numéro d'assurance pension n'existe pas encore et a été demandé

2.2 Situation familiale de la personne supplémentaire

<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié	<input type="checkbox"/> veuf	<input type="checkbox"/> partenariat de vie enregistré
<input type="checkbox"/> vivant séparément depuis :	_____		
<input type="checkbox"/> divorcé depuis :	_____		
<input type="checkbox"/> pacs dissous depuis :	_____		



WEP

2

Modification des notes

A remplir uniquement par Pôle Emploi

Cachet d'entrée

Département

équipe

Numéro client de la personne supplémentaire

L'autre personne a lui-même rapporté par:

- Carte d'identité
 passeport
 Autre document d'identification (par ex. électronique)
 Permis de résidence):

Date d'expiration

Numéro AZR de la personne supplémentaire

Numéro d'identification personnel de l'autre Personne (pour les citoyens roumains et bulgares)

Données vérifiées dans STEP sur

Signe de la main, date

2.3 Informations personnelles sur une autre personne

<input type="checkbox"/>	Je suis lié à l'autre personne .	
<input type="checkbox"/>	Mon partenaire est lié à l'autre personne .	
	Relation familiale	
L'autre personne a déjà demandé ou bénéficié d'allocations auprès d'une autre agence pour l'emploi pour le mois au cours duquel la demande a été déposée. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Nom de l'autre Pôle Emploi	
▶ Si oui, veuillez fournir des preuves pertinentes.		
L'autre personne se sent physiquement capable de le faire régulièrement exercer une activité pendant au moins trois heures par jour . <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
L'autre personne a droit en vertu de la loi sur les prestations aux demandeurs d'asile. ▶ Si oui, veuillez fournir des preuves pertinentes (par exemple permis de séjour, autorisation de séjour, tolérance, décision de l'Office fédéral des migrations et des réfugiés (BAMF)). <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
L'autre personne est un élève, un étudiant ou un stagiaire. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Durée de la scolarité de - à	▶ Si oui, veuillez fournir des preuves actuelles (par exemple un certificat de scolarité).	
Durée des études de - à	▶ Si oui, veuillez fournir des preuves actuelles (par exemple, certificat d'inscription).	
Durée de la formation de - à	▶ Si oui, merci de fournir le contrat de formation avant.	
<input type="checkbox"/> Pendant la formation, l'autre personne est hébergée dans un dortoir, un internat, un établissement spécialisé pour personnes handicapées ou chez le formateur en pension complète ou autre hébergement et remboursement de la pension. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
▶ Si oui, veuillez fournir des preuves actuelles.		
L'autre personne est actuellement ou sera bientôt dans un établissement pour patients hospitalisés (par exemple, hôpital, maison de retraite, établissement correctionnel). <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Durée de l'hébergement du - au	Type d'établissement d'hospitalisation	
▶ Si oui, veuillez fournir une attestation valide de séjour et de durée.		

3. Examen des exigences supplémentaires

▶ Les informations sont facultatives et obligatoires uniquement si vous souhaitez demander des exigences supplémentaires.

<input type="checkbox"/>	L'autre personne est enceinte. ▶ Veuillez fournir un justificatif indiquant la date de livraison prévue.	
<input type="checkbox"/>	L'autre personne a besoin d'une alimentation coûteuse pour des raisons médicales. ▶ Merci de remplir la pièce jointe MEB hors de.	
<input type="checkbox"/>	L'autre personne est handicapée et reçoit des prestations de participation à la vie professionnelle conformément à l'article 49 du livre neuvième du Code de la sécurité sociale (SGB IX) ou autre aide pour obtenir un emploi convenable ou Aide à l'intégration conformément au § 112 SGB IX. ▶ Veuillez fournir une notification correspondante.	
<input type="checkbox"/>	L'autre personne n'est pas apte au travail et est titulaire d'une carte d'identité conformément à l'article 152, paragraphe 5 SGB IX avec le symbole G ou aG. ▶ Veuillez fournir un justificatif actuel (par exemple carte d'identité de personne gravement handicapée).	

Modification des notes
A remplir uniquement par Pôle Emploi

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	Certificat de scolarité
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	Contrat de formation
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	Annexe MEB
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

5.2 Réclamations contre des tiers ²³ ²⁴

- L' autre personne a déjà demandé d' autres prestations ou a l'intention d'en faire la demande. Il s'agit par exemple des prestations de la loi fédérale sur l'aide à la formation (BAföG), de l'allocation de formation professionnelle (BAB), des allocations de logement, des allocations de chômage, des pensions (pension de vieillesse, de survie et de base), des allocations de maladie, des allocations familiales et des suppléments pour enfants à charge. .

Type de service

Date de la demande

Prestataire de prestations sociales/caisse familiale

► Veuillez fournir une preuve actuelle.

- L' autre personne fait valoir des créances contre un (ancien) employeur pour le paiement de salaires impayés (par exemple en cas d'insolvabilité/ Insolvabilité de l'employeur) ou pendant des périodes après le départ de l'entreprise (par exemple si des indemnités de licenciement sont encore impayées).

Employeur

Adresse

Raison

► Veuillez fournir des preuves appropriées (par exemple, correspondance avec votre avocat ou le tribunal).

- L' autre personne vit séparément de son conjoint ou partenaire de vie enregistré.

► Veuillez remplir la pièce jointe UH1 hors de.

- L' autre personne est divorcée ou le partenariat civil enregistré a été annulé.

► Veuillez remplir la pièce jointe UH1 hors de.

- L' autre personne est enceinte ou s'occupe d'un enfant illégitime de moins de 3 ans.

► Veuillez remplir la pièce jointe UH2 hors de.

- L' autre personne est

- moins de 18 ans ou
 - entre 18 et 24 ans et suivant une scolarité ou une formation professionnelle ou souhaite en commencer un bientôt
- et au moins un parent vit en dehors de la communauté dans le besoin.

► Veuillez remplir la pièce jointe UH3 si l'autre personne est l'enfant.

► Veuillez remplir la pièce jointe UH4 si l'autre personne n'est pas l'enfant et que vous ne faites qu'un avec elle
Partenariat en direct.

- L' autre personne a subi des dommages à sa santé de la part d'un tiers (par exemple, accident du travail, de la circulation, de jeu ou de sport, erreur de traitement médical ou altération physique). L'autre personne doit donc demander des prestations à Pôle emploi.

► Merci de remplir la pièce jointe UF hors de.

- L' autre personne a un droit contre des tiers (par exemple des demandes de paiement contractuelles ou des demandes de dommages-intérêts).

Nom de la réclamation

► Veuillez fournir la preuve du sinistre avec les documents actuels.

- Pour l' autre personne, une déclaration d'engagement a été faite auprès des autorités de l'immigration ou de la mission diplomatique à l'étranger. ²⁵ Oui Non

► Veuillez présenter la déclaration d'engagement ou les documents appropriés.

Modification des notes

A remplir uniquement par Pôle Emploi

Annexe UH1

Annexe UH1

Annexe UH2

Annexe UH3

Annexe UH4

Installation UF

6. Assurance maladie et soins 26 6.1 Assurance 27
obligatoire dans l'assurance maladie et dépendance légale

<input type="checkbox"/> L' autre personne est ou était en dernier lieu assurée obligatoirement ou familialement par l'assurance maladie et dépendance légale . Au moment où débute le droit à l'allocation de chômage II, la personne supplémentaire souhaite être assurée avec :	
<input type="checkbox"/> l'ancienne caisse d'assurance maladie.	
nom de l'assurance maladie	Numéro d'assurance maladie (si connu)
► Veuillez fournir un certificat d'adhésion ou autre preuve d'adhésion actuelle La caisse d'assurance maladie vous informe sur l'assurance de l'autre personne. Alternativement, vous pouvez également présenter la carte de santé électronique valide de l'autre personne ; celle-ci ne sera pas conservée dans le dossier.	
<input type="checkbox"/> une autre compagnie d'assurance maladie.	
nom de l'assurance maladie	Numéro d'assurance maladie (si connu)
► Veuillez fournir un certificat d'adhésion ou autre preuve d'adhésion actuelle Caisse maladie sur le choix de la caisse maladie si l'autre personne change de caisse maladie. 26	

6.2 Assurance maladie et soins de santé privée, volontaire et légale ou pas d'assurance maladie

<input type="checkbox"/> L' autre personne est privée ou volontairement assuré légalement . ► Veuillez remplir l'Annexe SV, Section 3 .	<input type="checkbox"/> L' autre personne n'est pas assurée. ► Veuillez remplir l'Annexe SV, Section 4 .
--	--

Je confirme que les informations sont correctes.

Lieu Date	Signature du demandeur (pour les mineurs : signature du représentant légal)
-----------	--

Modification des notes
A remplir uniquement par Pôle Emploi

Annexe SV

Dans ce qui suit
Les sections étaient en
Présence du client
Modifications apportées
par le client :

Signe de la main, date

Signature du client