

התקשרות

לאדם אחר בן 15 ומעלה בקהילת הנוזקים
 -לילדים מתחת לגיל 15, נא למלא את קובץ KI-ההמצורף -



נא לסמן את המתאים.



ככלל, נא לא להגיש מסמכים מקוריים,
 אלא עותקים.



כאמציין, ספקי העזר לך למלא אותו. באתר www.jobcenter.digital



המספר המתאים בהוראות למילוי
 הקטגוריות 2 ו-3 של שאלון דף המידע (SGB II) וקבצים מצורפים לבקשה.
www.arbeitsagentur.de/

הנתונים הבאים כפופים לסודיות חברתית (ראה "דף מידע (SGB II) המידע שלך נאסף על סמך סעיפים 65 - 60 של הספר הראשון של הקוד החברתי (SGB I) וסעיפים 76א, ב, ג' של הספר העשירי של הקוד החברתי (SGB X) עבור ההטבות לפי הספר השני של הקוד החברתי (SGB II). אתה יכול לקבל מידע על הגנת נתונים ממרכז העבודה האחראי עליך וגם באינטרנט בכתובת www.arbeitsagentur.de/datenernahme.

1. נתונים אישיים של המבקש

שם הפירוט	
שם משפחה	תאריך לידה
מספר קהילת הצרכים (אם זמין) מספר לקוח (אם זמין)	

2. המידע בנספח זה מתייחס לאדם הנוסף הבא
 15 שנים בקהילת הצרכים 4

2.1 נתונים אישיים של האדם האחר

שם הפירוט	
שם משפחה	שם לידה (אם שונה)
מקום לידה	תאריך לידה
ארץ לידה	לאום
<input type="checkbox"/> אלא הזינו כאן את תאריך הכניסה לגרמניה אם אין אדם אחר בעל אזרחות גרמנית. תאריך כניסה	
<input type="checkbox"/> מספר ביטוח פנסיוני	<input type="checkbox"/> מספר ביטוח פנסיוני עדיין לא קיים והיה ביקש

2.2 מצב משפחתי של האדם הנוסף

<input type="checkbox"/> שותפות חיים רשומה	<input type="checkbox"/> אלקמה	<input type="checkbox"/> נשוי
<input type="checkbox"/> חיים בנפרד מאז: _____		
<input type="checkbox"/> גרוש מאז: _____		
<input type="checkbox"/> שותפות אזרחית התפרקה מאז: _____		

<h1>WEP</h1> <p>2</p> <p>עריכת הערות למילוי מרכז העבודה בלבד</p> <p>חותמת כניסה</p>
מחלקה
קבוצה
מספר לקוח של האדם הנוסף
לאדם השני יש את עצמו דוח על ידי: <input type="checkbox"/> תעודת זהות <input type="checkbox"/> דרכון <input type="checkbox"/> נייר זיהוי אחר (למשל אלקטרוני) אישור שהייה):
תאריך תפוגה
מספר AZR של האדם הנוסף
מספר זיהוי אישי של האדם (עבור אזרחים רומנים ובולגרים)
הנתונים נבדקו on STEP-B
סימן יד, תאריך

2.3 מידע אישי על אדם אחר

אני קשור לאדם השני .

בן זוגי קשור לאדם השני .

מערכת יחסים משפחתית

<input type="checkbox"/>	לא	<input type="checkbox"/>	כן	<input type="checkbox"/>	האדם השני כבר הגיש בקשה או קיבל הטבות ממרכז עבודה אחר עבור החודש שבו הוגשה הבקשה.
שם מרכז העבודה השני					
אם כן, נא לספק ראיות רלוונטיות.					
<input type="checkbox"/>	לא	<input type="checkbox"/>	כן	<input type="checkbox"/>	האדם האחר מרגיש מסוגל פיזית לעשות זאת באופן קבוע לבצע פעילות לפחות שלוש שעות ביום . 8
לא האדם השני זכאי לפי חוק הטבות למבקשי מקלט . אם כן, נא לספק ראיות רלוונטיות (למשל היתר שהייה, היתר שהייה, סובלנות, החלטה מהמשרד הפדרלי להגירה ופליטים (BAMF)).					
לא האדם השני הוא תלמיד בית ספר, תלמיד או חניך.					
משך הלימודים בבית הספר מ- עד		אם כן, נא לספק ראיות עדכניות (למשל תעודת בית ספר).			
משך הלימודים מ- עד		אם כן, נא לספק ראיות עדכניות (למשל אישור הרשמה).			
משך האימון מ- עד		אם כן, נא לספק את חוזה ההכשרה לפני.			
<input type="checkbox"/>	10 במהלך ההכשרה האדם השני מתאכסן במעונות, פנימייה, מתקן מיוחד לאנשים עם מוגבלות או עם המאמן עם פנסיון מלא או החזרי אירוח ופנסיון אחרים .				
אם כן, נא לספק ראיות עדכניות.					
<input type="checkbox"/>	לא	<input type="checkbox"/>	כן	<input type="checkbox"/>	האדם השני נמצא כעת או יהיה בקרוב במתקן אשפוז (למשל, בית חולים, בית אבות, מוסד כלואה). 11 סוג מתקן אשפוז
משך הלינה מ- עד		אם כן, נא לספק אישור תקף על שהות ומשך זמן.			

3. בחינת דרישות נוספות

המידע הינו וולונטרי ונדרש רק אם תרצו לבקש דרישות נוספות.

האדם השני בהריון . נא לספק הוכחה המעידה על תאריך המשלוח הצפוי.

<input type="checkbox"/>	האדם השני זקוק לתזונה יקרה מסיבות רפואיות. 14
<input type="checkbox"/>	נא למלא את קובץ MB-ההמצורף מתוך.
<input type="checkbox"/>	האדם השני יש מוגבלות והוא מקבל 15
<input type="checkbox"/>	הטבות להשתתפות בחיי העבודה בהתאם לסעיף 49ספר תשיעי לחוק הביטוח הלאומי (SGB IX) או
<input type="checkbox"/>	סיוע אחר להשגת עבודה מתאימה או
<input type="checkbox"/>	סיוע באינטגרציה בהתאם לסעיף 112 SGB IX.
<input type="checkbox"/>	נא לספק הודעה מתאימה.
<input type="checkbox"/>	האדם השני אינו כשיר לעבודה והוא בעל תעודת זהות בהתאם לסעיף 152סעיף SGB IX בסעיף G או
<input type="checkbox"/>	aG. נא לספק הוכחה על 8 (למשל תעודת זהות של נכה קשה).

עריכת הערות למילוי מרכז העבודה בלבד

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	תעודת בית ספר
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	חוזה אימון
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	נספח MEB
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

לאדם האחר יש צורך מיוחד בלתי נמנע שאינו יכול לכסות באמצעות חיסכון או אמצעים אחרים (למשל עלויות של מימוש זכויות גישה להורים נפרדים).

נא למלא את הקובץ המצורף BB מתוך.

האדם השני הוא תלמיד ויש לו עלויות עבור ספרי בית ספר/ חוברות עבודה.

נא לספק ראיות (1%) נטיות.

4. הכנסות ונכסים 19 לבדיקת הכנסתו (24) האדם השני, נא למלא את נספח EK מתוך.

אם אתה עצמאי, אנא מלא גם את נספח EKS.

(43) בהגשת בקשה יש להגיש תמיד דפי בנק. נא לספק דפי בנק משלושת החודשים האחרונים.

אם יש לך נכסים משמעותיים, אנא מלא VM מצורף מתוך. לטווח קצר הוא משמעותי עבור נכסים שמישים לקיום מעל 30,000 יורו לכל אדם נוסף בקהילת הנוקדים. דוגמאות: מזומנים, חיסכון, כסף לילדה, תוכניות חיסכון בניירות ערך ופיקדונות. אין לכלול נכסים שאינם זמינים באופן חופשי במבחן הרלוונטיות. זה כולל, במיוחד, נכסים למגורים בבעלותם ומוצרי הפרשה טיפוסיים לפנסיה כגון ביטוח חיים הוני או פנסיה.

אם לאדם השני יש נכסים משמעותיים וכיום הוא עצמאי או כבר עשה זאת בחייו המקצועיים, יש צורך במידע הבא:

המספר הכולל של השנים שהאדם השני היה עצמאי המופעל הוא:

5. מצב החיים של האדם האחר

5.1 שירותי עדיפות 21

המידע הבא משמש כדי לבדוק אם יש תביעה לשירותים אחרים או לצדדים שלישיים יכול להתקיים.

כניסות מרובות אפשריות כאן. נא לספק ראיות רלוונטיות.

ב-5 השנים האחרונות 22

האדם השני היה עסוק.

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> בכפוף לדמי ביטוח לאומי מעסיק	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> מיני עבודה
<input type="checkbox"/>	מ ל	מעסיק	<input type="checkbox"/> בכפוף לדמי ביטוח לאומי
			<input type="checkbox"/> מיני עבודה

האדם השני היה עצמאי.

סוג של פעילות

האדם השני סיים שירות צבאי או שירות התנדבותי (למשל שנה חברתית התנדבותית, שירות התנדבותי פדרלי).

האדם השני טיפל בקרובים (טיפול בהתאם לספר האחד-עשר של חוק הביטוח הלאומי).

האדם השני קיבל דמי פיצויים (למשל דמי מחלה, דמי אבטלה, דמי לידה, גמלת הורים, גמלת מעבר).

<input type="checkbox"/>	מ ל	ביצועים
--------------------------	-----	---------

אף אחת מהנקודות הללו לא חלה על האדם האחר. לאדם השני יש את שלו הוצאות המחיה מכוסות כדלקמן (למשל תמיכה כספית דרך קרובי משפחה/מכרים, חסכונות, ירושה):

עריכת הערות למילוי מרכז העבודה בלבד

נספח ב"ב

נספח א.ק.

מתקן EKS

דפי בנק

צמח VM

5.2 תביעות נגד צדדים שלישיים 23 24

האדם השני כבר הגיש בקשה להטבות אחרות או מתכוון להגיש בקשה. אלה כוללים, למשל, הטבות לפי חוק הסיוע הפדרלי בהכשרה (BAföG), קצבת הכשרה מקצועית (BAB), קצבת דיור, קצבת אבטלה, פנסיה (זקנה), פנסיה לשאירים ופנסיה בסיסית), קצבת מחלה, קצבת ילדים ותוספת ילדים.

סאתהנתקשה

נותן הטבה סוציאלית/קרן משפחתית

נא לספק הוכחה עדכנית.

האדם השני מגיש תביעות נגד מעסיק (לשעבר) בגין תשלומי שכר או משכורת (למשל במקרה של חדלות פירעון/חדלות פירעון של המעסיק) או לזמנים לאחר עזיבת החברה (למשל אם עדיין נותרו פיצויי פיטורים).

מעסיק

כתובת

סיבה

נא לספק ראיות מתאימות (למשל התכתבות עם עורך הדין שלך או בית המשפט).

האדם השני חי בנפרד מבן זוגו או בן זוגו הרשום לחיים.

נא למלא את הקובץ המצורף UH1 מתוך.

האדם השני גרוש או שהשותפות האזרחית הרשומה בוטלה.

נא למלא את הקובץ המצורף UH1 מתוך.

האדם השני בהריון או מטפל בילד לא חוקי מתחת לגיל 3.

נא למלא את הקובץ המצורף UH2 מתוך.

האדם השני הוא
• מתחת לגיל 18 או
• בין גיל 18 ל-42 ועוסק בבית ספר או הכשרה מקצועית או רוצה להתחיל אחד בקרוב ולפחות הורה אחד חי מחוץ לקהילת הצורך.

נא למלא את הקובץ המצורף UH3 אם האדם השני הוא הילד.

נא למלא את הקובץ המצורף UH4 אם האדם השני אינו הילד ואתה באחד איתם שותפות חיה.

האדם האחר נגרם נזק לבריאותו מידי צד שלישי (למשל עבודה, תנועה, הימורים או תאונת ספורט, טעות טיפול רפואי או מריבה פיזית). על האדם השני אפוא להגיש בקשה להטבות במרכז התעסוקה.

נא למלא את קובץ UF המצורף מתוך.

לאדם השני יש תביעה נגד צדדים שלישיים (למשל מתביעות תשלום חוזיות או תביעות לפיצויים).

שם התביעה

נא לספק הוכחה לתביעה עם מסמכים עדכניים.

עבור האדם השני נמסרה הצהרת התחייבות לרשויות ההגירה או לנציגת הדיפלומטית בחו"ל. לא כן 25

נא להציג את הצהרת ההתחייבות או מסמכים מתאימים.

עריכת הערות
למילוי מרכז העבודה בלבד NSFH1 NSFH1 NSFH2 NSFH3 NSFH4 מתקן UF

6.1 ביטוח בריאות וסיעוד 26 ביטוח חולה בביטוח בריאות וסיעוד סטטוטורי

האדם השני מבוטח או היה לאחרונה מבוטח בחובה או במשפחה במסגרת ביטוח בריאות וסיעוד סטטוטורי.

עם תחילת הזכאות לדמי אבטלה, II האדם הנוסף מעוניין להיות מבוטח ב:

<input type="checkbox"/> חברת ביטוח הקודמת.	שם ביטוח הבריאות	מספר קופת חולים (אם ידוע)
<p><input type="checkbox"/> נא לספק תעודת חברות או הוכחה עדכנית אחרת לחברות קופת חולים מודיעה לך על הביטוח של האדם האחר. לחילופין, תוכל גם להציג את כרטיס הבריאות האלקטרוני התקף של האדם האחר; זה לא יישמר בתיק.</p>		
<input type="checkbox"/> חברת ביטוח בריאות אחרת.	שם ביטוח הבריאות	מספר קופת חולים (אם ידוע)
<p><input type="checkbox"/> 26 נא לספק תעודת חברות או הוכחה עדכנית אחרת לחברות קופת חולים לגבי בחירת קופת חולים אם האדם השני יחליף קופת חולים.</p>		

6.2 ביטוח בריאות וסיעוד פרטי, מרצון, או ללא ביטוח בריאות

<input type="checkbox"/> האדם השני אינו מבוטח.	<input type="checkbox"/> האדם השני הוא פרטי או מבוטח כחוק מרצון.
<input type="checkbox"/> נא למלא את נספח SV, סעיף 4.	<input type="checkbox"/> נא למלא את נספח SV, סעיף 3.

אני מאשר שהמידע נכון.

חתימת המבקש (לקטינים: חתימת הנציג המשפטי) מקום, תאריך

עריכת הערות למילוי מרכז העבודה בלבד

נספח SV

בדברים הבאים
קטעים היו בפנים נוכחות הלקוח שינויים שבוצעו בלקוח:

סימן יד, תאריך

חתימה של ה צרכן