

## Вложение

для другого человека в возрасте 15 лет и старше, находящегося в нуждающемся сообществе

- Для детей до 15 лет просьба заполнить приложение KI -



Пожалуйста, отметьте нужным.



Как правило, просим предоставлять не оригиналы документов, а копии.



Здесь вы найдете видео, которое поможет вам его заполнить. На сайте [jobcenter.digital](http://jobcenter.digital). Вы получите информацию о наших цифровых предложениях, информационный лист SGB II и другие приложения к приложению.



Для получения дополнительной информации см. соответствующий номер в инструкции по заполнению формы на сайте [www.arbeitsagentur.de/fragen-alg2](http://www.arbeitsagentur.de/fragen-alg2).

Следующие данные являются социальной тайной (см. « Информационный лист SGB II»). Ваша информация собирается на основании разделов 60–65 Первой книги Социального кодекса (SGB I) и разделов 67a, b, c Десятой книги Социального кодекса (SGB X) для получения пособий в соответствии со Второй книгой Социального кодекса (SGB II). Социальный кодекс (SGB II). Информацию о защите данных вы можете получить в ответственном за вас центре занятости, а также на сайте [www.arbeitsagentur.de/datenernahme](http://www.arbeitsagentur.de/datenernahme).

### 1. Персональные данные заявителя

Приветствие	Имя
фамилия	Дата рождения
Номер сообщества потребностей (при наличии) Номер клиента (при наличии)	

### 2. Информация в этом приложении относится к следующему дополнительному лицу. 15 лет в сообществе потребностей 4

#### 2.1 Персональные данные другого лица

Приветствие	Имя
фамилия	Имя при рождении (если другое)
Место рождения	Дата рождения
страна рождения	Национальность
Пожалуйста, укажите здесь дату въезда в Германию, если рядом нет другого лица имеет немецкое гражданство.	
Дата ввода	
номер пенсионного страхования <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">1</span>	<input type="checkbox"/> Номер пенсионного страхования еще не существует и был просил

#### 2.2 Семейное положение дополнительного лица

одинокий   
  женатый   
  овдовевший   
  зарегистрированное жизненное партнерство

живут отдельно, так как: \_\_\_\_\_

в разводе с: \_\_\_\_\_

гражданское партнерство распалось, поскольку: \_\_\_\_\_



# WEP

2

Редактирование заметок  
Заполняется только центром занятости

Въездной штамп

Отделение

команда

Номер клиента дополнительного лица

Другой человек имеет себя  
сообщает:

- Удостоверение личности  
 заграничный паспорт  
 Другой документ, удостоверяющий личность (например, электронный Вид на жительство):

Действителен до

AZR номер дополнительного человека

Личный идентификационный номер другого  
Человек (для граждан Румынии и  
Болгарии)

Данные проверены в STEP на

Знак руки, дата

## 2.3 Персональная информация о другом человеке

<input type="checkbox"/>	Я связан с другим человеком .	
<input type="checkbox"/>	Мой партнер связан с другим человеком .	
	Семейные отношения	
Другой человек уже подал заявление или получил пособие в другом центре занятости за месяц, в котором было подано заявление. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	Название другого центра занятости	
Если да, предоставьте соответствующие доказательства.		
Другой человек чувствует себя физически способным делать это регулярно. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет заниматься какой-либо деятельностью не менее трех часов в день . <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">-</span>		
Другое лицо имеет право в соответствии с Законом о льготах для лиц, ищущих убежища. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">9</span> предоставьте соответствующие доказательства (например, вид на жительство, вид на жительство, толерантность, решение Федерального ведомства по делам миграции и беженцев (BAMF)).		
Другой человек – школьник, студент или стажер. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">10</span>		
	Продолжительность школьного обучения от - до	Если да, предоставьте текущие доказательства (например, школьный аттестат).
	Продолжительность обучения от - до	Если да, предоставьте текущие доказательства (например, свидетельство о зачислении).
	Продолжительность обучения от - до	Если да, предоставьте договор на обучение до.
<input type="checkbox"/>	На время обучения другое лицо размещается в общежитии, школе-интернате, специальном учреждении для людей с ограниченными возможностями или у тренера с полным пансионом или другим размещением и компенсацией питания. <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">10</span>	
Если да, предоставьте текущие доказательства.		
Другой человек в настоящее время или скоро будет находиться в стационаре (например, в больнице, доме престарелых, исправительном учреждении). <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">11</span>		
	Продолжительность проживания от - до	Тип стационара
Если да, предоставьте действительный сертификат о пребывании и его продолжительности.		

## 3. Рассмотрение дополнительных требований

Информация является добровольной и требуется только в том случае, если вы хотите запросить дополнительные требования.

<input type="checkbox"/>	Другая беременна . _ <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">12</span> Пожалуйста, предоставьте подтверждение предполагаемой даты доставки.	
<input type="checkbox"/>	Другой человек нуждается в дорогостоящем питании по медицинским показаниям. <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">14</span> Пожалуйста, заполните приложение МЕВ снаружи.	
<input type="checkbox"/>	Другой человек имеет инвалидность и получает <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">15</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Пособия за участие в трудовой жизни в соответствии со статьей 49 книги девятой Кодекса социального обеспечения. (SGB IX) или</li> <li>• другая помощь для получения подходящей работы или</li> <li>• Помощь в интеграции в соответствии с разделом 112 SGB IX.</li> </ul> Пожалуйста, предоставьте соответствующее уведомление.	
<input type="checkbox"/>	Другое лицо нетрудоспособно и имеет удостоверение личности согласно § 152, абз. 5 SGB IX, с символом G или aG. <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">-</span> <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">16</span> Пожалуйста, предоставьте действующие доказательства (например, удостоверение личности человека с тяжелой степенью инвалидности).	

## Редактирование заметок

Заполняется только центром занятости


 Аттестат

 Контракт на обучение



 Приложение МЕВ



## 5.2 Претензии к третьим лицам 23 24 ○

- Другой человек уже подал заявление на получение других льгот или намерен подать заявление. К ним относятся, например, пособия в соответствии с Федеральным законом о помощи в обучении (BAföG), пособие на профессиональное обучение (BAV), жилищное пособие, пособие по безработице, пенсии (по старости, по случаю потери кормильца и базовая пенсия), пособие по болезни, пособие на ребенка и доплата на ребенка.

Тип Обслуживания

Дата подачи документов

Поставщик социальных пособий/семейный фонд

Пожалуйста, предоставьте текущие доказательства.

- Другое лицо предъявляет иски к (бывшему) работодателю о взыскании задолженности по заработной плате (например, в случае неплатежеспособности/неплатежеспособности).  
Неплатежеспособность работодателя) или в течение некоторого времени после ухода из компании (например, если все еще не выплачено выходное пособие).

Работодатель

Адрес

Причина

Пожалуйста, предоставьте соответствующие доказательства (например, переписку с вашим адвокатом или судом).

- Другой человек проживает отдельно от своего супруга или зарегистрированного спутника жизни.

Пожалуйста, заполните приложение UN1 снаружи.

- Другой человек разведен или зарегистрированный гражданский союз аннулирован.

Пожалуйста, заполните приложение UN1 снаружи.

- Другой человек беременен или ухаживает за внебрачным ребенком в возрасте до 3 лет.

Пожалуйста, заполните приложение UN2 снаружи.

- Другой человек \_

- младше 18 лет или
  - от 18 до 24 лет и проходят школьное или профессиональное обучение или хотят начать в ближайшее время
- и по крайней мере один родитель живет за пределами нуждающегося сообщества.

Пожалуйста, заполните приложение UN3 если другой человек - ребенок.

Пожалуйста, заполните приложение UN4 если другой человек не ребенок и вы с ним в одном лице  
Живое партнерство.

- Здоровью другого человека причинен вред от рук третьей стороны (например, несчастный случай на работе, в дорожно-транспортном происшествии, азартные игры или спорт, ошибка медицинского лечения или физическая ссора). Поэтому другой человек должен подать заявление на получение пособия в центре занятости.

Пожалуйста, заполните приложение UF снаружи.

- У другого лица есть претензии к третьим лицам (например, требования об оплате по договору или требования о возмещении ущерба).

Название претензии

Пожалуйста, предоставьте подтверждение претензии текущими документами.

В отношении другого лица было сделано заявление об обязательствах перед иммиграционными 25  Да  Нет

Пожалуйста, представьте декларацию обязательств или соответствующие документы.

Редактирование заметок

Заполняется только центром занятости

Приложение UN1

Приложение UN1

Приложение UN2

Приложение UN3

Приложение UN4

Объект UF

6. Страхование здоровья и ухода за больными 26 6.1 27

Обязательное страхование в обязательном медицинском страховании и страховании по уходу

<input type="checkbox"/> Другое лицо является или в последнее время было обязательно или семейно застраховано в рамках обязательного медицинского страхования и страхования по уходу . Когда возникает право на пособие по безработице II, дополнительное лицо желает застраховать:	
<input type="checkbox"/> предыдущая медицинская страховая компания.	
название медицинской страховки	Номер медицинской страховки (если известен)
Пожалуйста, предоставьте сертификат членства или другое действующее подтверждение членства. Медицинская страховая компания информирует вас о страховании другого человека. Альтернативно вы также можете предъявить действующую электронную медицинскую карту другого человека; она не будет храниться в файле.	
<input type="checkbox"/> другая страховая компания.	
название медицинской страховки	Номер медицинской страховки (если известен)
Пожалуйста, предоставьте сертификат членства или другое действующее подтверждение членства. <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">26</span> Медицинская страховая компания о выборе медицинской страховой компании, если другое лицо меняет медицинскую страховую компанию.	

6.2 Частное добровольное медицинское страхование и страхование по уходу или отсутствие медицинского страхования

<input type="checkbox"/> Другое лицо является частным лицом или Добровольно застрахован по закону.	<input type="checkbox"/> Другой человек не застрахован .
Пожалуйста, заполните Приложение SV, раздел 3 .	Пожалуйста, заполните Приложение SV, раздел 4 .

Подтверждаю, что информация верна.

Место и дата	Подпись заявителя (для несовершеннолетних: подпись законного представителя)
--------------	--

Редактирование заметок

Заполняется только центром занятости

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

В следующих  
 Разделы были в  
 Присутствие клиента  
 Изменения, внесенные  
 клиентом:

Знак руки, дата

Подпись  
 клиент