

EK

ihyaç birliğinde 15 yaş ve üzeri başka bir kişi için
- 15 yaşın altındaki çocuklar için lütfen KI ekini doldurun -



Lütfen uygun olarak işaretleyiniz.



Genel bir kural olarak, lütfen orijinal belgeleri değil kopyalarını gönderin.



Burada doldurmanıza yardımcı olacak bir video bulacaksınız. www.jobcenter.digital.adresinde Dijital tekliflerimiz, SGB II bilgi formu ve başvurunun diğer ekleri hakkında bilgi alacaksınız.



Daha fazla bilgi için bakınız www.arbeitsagentur.de/fragen-alg2 adresindeki formu [doldurma talimatlarındaki ilgili numarayı arayın.](#)

Aşağıdaki veriler sosyal gizliliğe tabidir (bkz. "SGB II Bilgi Formu"). Bilgileriniz, Sosyal Kanun Birinci Kitabının (SGB I) 60 - 65. Maddeleri ve Sosyal Kanunun Onuncu Kitabının (SGB X) 67a, b, c Maddeleri esas alınarak, İkinci Kitabı uyarınca sağlanan yardımlar için toplanmaktadır. Sosyal Kanun (SGB II). Veri koruma bilgilerinizi sizden sorumlu iş bulma merkezinden ve ayrıca www.arbeitsagentur.de/datenernahme adresinden çevrimiçi olarak alabilirsiniz.

1. Başvuru sahibinin kişisel verileri

Selamlama	İlk adı
soyadı	doğum günü
İhtiyaç birliğinin numarası (varsa) Müşteri numarası (varsa)	

2. Bu ekteki bilgiler aşağıdaki ek kişiye atıfta bulunmaktadır
İhtiyaç topluluğunda 15 yıl 4

2.1 Diğer kişinin kişisel verileri

Selamlama	İlk adı
soyadı	Doğum adı (farklıysa)
Doğum yeri	doğum günü
doğduğu ülke	milliyet
Başka kimse yoksa lütfen buraya Almanya'ya giriş tarihini girin Alman vatandaşlığına sahiptir.	
Giriş tarihi	
emeklilik sigortası numarası	<input type="checkbox"/> Emeklilik sigortası numarası henüz mevcut değildir ve talep edilen

2.2 İlave kişinin medeni durumu

<input type="checkbox"/> Bekar	<input type="checkbox"/> evli	<input type="checkbox"/> dul	<input type="checkbox"/> kayıtlı hayat ortaklığı
<input type="checkbox"/> şu tarihten bu yana ayrı yaşıyor: _____			
<input type="checkbox"/> şu tarihten beri boşanmış: _____			
<input type="checkbox"/> sivil birliktelik şu tarihten beri feshedildi: _____			



WEP

2

Notları düzenleme

Yalnızca iş merkezi tarafından doldurulacaktır

Giriş damgası

Departman

takım

İlave kişinin müşteri numarası

Diğer kişinin kendisi var
tarafından rapor edildi:

- kimlik kartı
 pasaport
 Diğer kimlik belgeleri (örn. elektronik Oturma izni):

Son kullanma tarihi

İlave kişinin AZR numarası

Diğerinin kişisel kimlik numarası
Kişi (Romen ve Bulgar vatandaşları için)

STEP'te kontrol edilen veriler

El işareti, tarih

2.3 Başka bir kişi hakkındaki kişisel bilgiler

<input type="checkbox"/>	Diğer kişiyle akrabayım .	
<input type="checkbox"/>	Partnerim diğer kişiyle akrabadır .	
	Aile ilişkisi	
Diğer kişi, başvurunun yapıldığı ay için zaten başka bir iş merkezine başvurmuş veya bu merkezden yardım almış.		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> HAYIR
	Diğer iş merkezinin adı	
Cevabınız evet ise lütfen ilgili kanıtları sağlayın.		
Diğer kişi fiziksel olarak bunu düzenli olarak yapabileceğini hissediyor Günde en az üç saat bir aktivite yürütmek .		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> HAYIR 8.
Diğer kişi Sığınmacılara Yardım Yasası kapsamında hak sahibidir . Cevabınız evet ise, lütfen ilgili kanıtları sunun (örn. oturma izni, oturma izni, hoşgörü, Federal Göç ve Mülteciler Dairesi'nin (BAMF) kararı).		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> HAYIR 9.
Diğer kişi bir okul öğrencisi, öğrenci veya stajyerdir .		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> HAYIR 10.
Okul eğitiminin süresi	Cevabınız evet ise lütfen güncel kanıtları sağlayın (örn. okul belgesi).	
Eğitim süresi - - arası	Cevabınız evet ise lütfen güncel kanıtları sağlayın (örn. kayıt belgesi).	
Eğitimin süresi - - arası	Cevabınız evet ise lütfen eğitim sözleşmesini sağlayın önce.	
<input type="checkbox"/> Eğitim sırasında diğer kişi yurtdışı , yatılı okulda, engelliler için özel bir tesiste veya eğitmenin yanında tam pansiyon veya diğer konaklama ve iache masrafı karşılanarak ağırlanır.		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> HAYIR 10.
Cevabınız evet ise lütfen güncel kanıtları sağlayın.		
Diğer kişi şu anda yatılı bir tedavi tesisinde (örn. hastane, huzurevi, ıslahevi) yatıyor veya yakında kalacak .		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> HAYIR
Konaklama süresi - - arası	Yataklı tedavi tesisi türü	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> HAYIR 11.
Cevabınız evet ise lütfen geçerli bir kalış belgesi ve süre sağlayın.		

3. Ek gerekliliklerin incelenmesi

Bilgiler isteğe bağlıdır ve yalnızca ek gereksinimler talep etmek istiyorsanız gereklidir.

<input type="checkbox"/>	Diğer kişi hamile . Lütfen beklenen teslimat tarihini gösteren kanıt sağlayın.	12.
<input type="checkbox"/>	Diğer kişi tıbbi nedenlerden dolayı pahalı beslenmeye ihtiyaç duyuyor . Lütfen MEB ekini doldurunuz dışında.	14.
<input type="checkbox"/>	Diğer kişi engellidir ve 15 puan alır . • Sosyal Güvenlik Kanununun Dokuzuncu Kitabının 49. Maddesi uyarınca çalışma hayatına katılımın faydaları (SGB IX) veya • uygun bir iş bulmak için diğer yardımlar veya • Bölüm 112 SGB IX uyarınca entegrasyon yardımı. Lütfen ilgili bildirimini sağlayın.	15.
<input type="checkbox"/>	Diğer kişi çalışmaya uygun değil ve SGB IX Madde 152 Paragraf 5 uyarınca G veya aG sembolünü taşıyan bir kimlik kartının sahibidir . Lütfen güncel kanıt sağlayın (örn. ağır engelli kişinin kimlik kartı).	8. 16.

Notları düzenleme

Yalnızca iş merkezi tarafından doldurulacaktır

 Okul Sertifikası Eğitim sözleşmesi Ek MEB

Diğer kişinin, tasarrufla veya başka yollarla karşılayamayacağı kaçınılmaz bir özel ihtiyacı var (örneğin, ayrılmış ebeveynler için erişim haklarını kullanma masrafları).

Lütfen eki BB'yi doldurun dışında.

17

Diğer kişi öğrencidir ve okul kitapları/çalışma kitapları masrafları vardır .

Lütfen ilgili kanıtları sağlayın.

18

4. Gelir ve varlıklar 19 Karşınızdaki kişinin 20

gelirini kontrol etmek için lütfen EK ekini doldurunuz dışında.

Serbest meslek sahibi iseniz lütfen EKS ekini de doldurunuz .

Başvuru sırasında mutlaka banka hesap özetlerinin sunulması gerekmektedir.

Lütfen son üç aya ait banka hesap özetlerini sağlayın.

43

Önemli varlıklarınız varsa lütfen ekteki VM'yi doldurun dışında. Kısa vade önemli

İhtiyaç topluluğundaki her ilave kişi için 30.000 Euro'nun üzerinde geçim için kullanılacak varlıklar.

Örnekler: Nakit para, tasarruflar, gecelik para, menkul kıymet tasarruf planları ve mevduatlar.

Ücretsiz olarak temin edilemeyen varlıklar uygunluk testine dahil edilmeyecektir. Bu, özellikle sahibi tarafından kullanılan konut mülklerini ve sermaye hayat veya emeklilik sigortası gibi tipik emeklilik provizyon ürünlerini içerir.

Diğer kişinin önemli miktarda varlığı varsa ve hâlihazırda serbest meslek sahibiyse veya meslek hayatında zaten bunu yapmışsa, aşağıdaki bilgiler gereklidir:

Diğer kişinin serbest meslek sahibi olduğu toplam yıl sayısı uygulanan: _____

5. Karşıdaki kişinin yaşam durumu

5.1 Öncelikli hizmetler 21

Aşağıdaki bilgiler, diğer hizmetlere veya üçüncü şahıslara yönelik bir hak talebinin olup olmadığını kontrol etmek için kullanılabilir.

Burada birden fazla giriş mümkündür. Lütfen ilgili kanıtları sağlayın.

Son 5 yılda 22

diğer kişi meşguldü.

itibaren

İş veren

sosyal sigorta primlerine tabi

Mini iş

itibaren

İş veren

sosyal sigorta primlerine tabi

Mini iş

diğer kişi serbest meslek sahibiydi .

itibaren

Aktivite çeşidi

diğer kişi askerlik hizmetini veya gönüllü hizmetini (örneğin gönüllü sosyal yıl, federal gönüllü hizmet) tamamlamıştır.

diğer kişi ise yakınlarının bakımını üstlenmişse (Sosyal Güvenlik Kanunu Onbirinci Kitabı uyarınca bakım).

diğer kişi tazminat ödeneği almışsa (örneğin hastalık yardımı, işsizlik yardımı, analık yardımı, ebeveyn yardımı, geçici yardım).

itibaren

Verim

bu hususların hiçbiri diğer kişi için geçerli değildir . Diğer kişinin kendine ait

Yaşam masrafları aşağıdaki şekilde karşılanır (örn.

Akrabalar/tanıdıklar, birikimler, miras):

Notları düzenleme

Yalnızca iş merkezi tarafından doldurulacaktır

Ek BB

Ek EK

EKS tesisi

Banka ekstreleri

Tesis VM'si

5.2 Üçüncü şahıslara karşı iddialar 23 24



<input type="checkbox"/> Diğer kişi daha önce başka yardımlara başvurmuş veya başvurmayı düşünüyor. Bunlar, örneğin Federal Eğitim Yardımı Yasası (BAföG) kapsamındaki yardımları, mesleki eğitim ödeneğini (BAB), konut yardımını, işsizlik yardımını, emeklilik maaşlarını (yaşlılık, dul ve temel emeklilik maaşı), hastalık yardımını, çocuk yardımını ve çocuk yardımını içermektedir.	
Servis tipi	Başvuru tarihi
Sosyal yardım sağlayıcı/aile fonu	
Lütfen güncel kanıt sağlayın.	
<input type="checkbox"/> Diğer kişi ödenmemiş ücret veya maaş ödemeleri için (eski) işverenden talepte bulunur (örneğin iflas durumunda/ İşverenin iflası) veya şirketten ayrıldıktan sonraki zamanlar için (örneğin kıdem tazminatı ödenmemişse).	
İş veren	Adres
Sebebi	
Lütfen uygun kanıtları sunun (örneğin avukatınızla veya mahkemeye yaptığınız yazışmalar).	
<input type="checkbox"/> Diğer kişi eşinden veya kayıtlı hayat arkadaşından ayrı yaşıyor.	
Lütfen ek UH1'i doldurun dışında.	
<input type="checkbox"/> Diğer kişi boşanmış veya kayıtlı hemcins birlikteliği iptal edilmiş.	
Lütfen ek UH1'i doldurun dışında.	
<input type="checkbox"/> Diğer kişi hamile veya 3 yaşın altındaki gayri meşru bir çocuğa bakıyor.	
Lütfen ek UH2'yi doldurun dışında.	
<input type="checkbox"/> Diğer kişi ise <ul style="list-style-type: none"> • 18 yaşın altında veya • 18 ila 24 yaş arası ve okul veya mesleki eğitime devam eden veya yakında başlamak istiyor ve en az bir ebeveyn ihtiyaç birliğinin dışında yaşıyor.	
Lütfen UH3 ekini doldurun eğer diğer kişi çocuksa.	
Lütfen UH4 ekini doldurun eğer diğer kişi çocuk değilse ve siz onunla bir aradaysanız Canlı ortaklık.	
<input type="checkbox"/> Diğer kişinin sağlığının üçüncü bir kişi eliyle zarar görmesi (örneğin iş, trafik, kumar veya spor kazası, tıbbi tedavi hatası veya fiziksel münakaşa gibi). Bu nedenle diğer kişinin yardımlar için iş merkezine başvurması gerekir.	
Lütfen UF ekini doldurun dışında.	
<input type="checkbox"/> Diğer kişinin üçüncü şahıslara karşı bir talebi var (örneğin sözleşmeye bağlı ödeme talepleri veya tazminat talepleri).	
Talebin adı	
Lütfen talebin kanıtını güncel belgelerle birlikte sunun.	
Diğer kişi için ise göçmenlik makamlarına veya yurtdışındaki diplomatik misyona taahhüt beyanı yapıldı.	
Lütfen taahhüt beyanını veya uygun belgeleri ibraz ediniz.	

Notları düzenleme

Yalnızca iş merkezi tarafından doldurulacaktır

Ek UH1

Ek UH1

Ek UH2

Ek UH3

Ek UH4

Tesis UF'si

6. Sağlık ve bakım sigortası 26 6.1 Yasal sağlık ve bakım

sigortasında zorunlu sigorta

 Diğer kişi ise yasal sağlık ve bakım sigortası kapsamında zorunlu veya aile sigortasına sahiptir veya yakın zamanda sigortalanmıştır .

İşsizlik parası II alma hakkı başladığında ilave kişi aşağıdaki sigortalara sahip olmak ister:

 önceki sağlık sigortası şirketi.

sağlık sigortasının adı

Sağlık sigortası numarası (biliniyorsa)

Lütfen bir üyelik sertifikası veya diğer güncel üyelik kanıtını sağlayın

Sağlık sigortası şirketi karşınızdaki kişinin sigortası hakkında sizi bilgilendirir. Alternatif olarak karşınızdaki kişinin geçerli elektronik sağlık kartını da ibraz edebilirsiniz; bu kart dosyada tutulmayacaktır.

 başka bir sağlık sigortası şirketi.

sağlık sigortasının adı

Sağlık sigortası numarası (biliniyorsa)

Lütfen bir üyelik sertifikası veya diğer güncel üyelik kanıtını sağlayın

Karşı tarafın sağlık sigortası şirketini değiştirmesi durumunda sağlık sigortası şirketi seçimi hakkında sağlık sigortası şirketi.

6.2 Özel, isteğe bağlı yasal sağlık ve bakım sigortası veya sağlık sigortasının olmaması

 Diğer kişi özel veya _
Gönüllü olarak yasal sigortalı.

Lütfen Ek SV, Bölüm 3'ü doldurun .

 Diğer kişi sigortalı değildir .

Lütfen Ek SV, Bölüm 4'ü doldurun .

Bilgilerin doğruluğunu onaylıyorum.

Yer, tarih

Başvuru sahibinin imzası (reşit olmayanlar için: yasal temsilcinin imzası)

Notları düzenleme

Yalnızca iş merkezi tarafından doldurulacaktır

 Ek SVAşağıda Bölümler vardı
Müşterinin varlığı
Yapılan müşteri değişiklikleri:

El işareti, tarih

İmza
müşteri