

вкладення

для ншої особи в ком в д 15 рок в, яка перебуває в нужденн й громад

- Для д тей до 15 рок в заповн ть додаток KI -



Будь ласка, в дзначте в дпов дне.



Як правило, надсилайте не ориг налі документ в, а їх коп і.



Тут ви знайдете в део, яке допоможе вам його заповнити. На сайт www.jobcenter.digital Ви отримаєте нформац ю про наш цифров пропозиц і, нформац йний лист SGB II та нш додатки до заявки.



Для отримання додаткової нформац і див в дпов дний номер в нструкц і щодо заповнення форми на www.arbeitsagentur.de/fragen-alg2.

Наступн дан п длягають суп льн й таємниц (див. «Інформац йний лист SGB II»). Ваша нформац я збирається на основ розд л в 60–65 Першої книги Соц ального кодексу (SGB I) розд л в 67a, b, c Десятої книги Соц ального кодексу (SGB X) щодо п льг в дпов дно до Другої книги Соц ального кодексу Соц альний кодекс (SGB II). Ви можете отримати нформац ю про захист даних у в дпов дальшому для вас центр зайнятост , а також в Інтернет за адресою www.arbeitsagentur.de/datenernahme.

1. Персональн дан заявника

Прив тання	Ім'я
пр звище	дата народження
Номер сп льноти потреб (за наявност)	Номер кл єнта (за наявност)

2. Інформац я в цьому додатку стосується такої додаткової особи
15 рок в у сп льнот потреб 4

2.1 Персональн дан ншої особи

Прив тання	Ім'я
пр звище	Ім'я при народженн (якщо нше)
М сце народження	дата народження
країна народження	нац ональн сть
Будь ласка, введ ть тут дату в'їзду до Н меччини, якщо ншої особи немає має н мецьке громадянство.	
Дата вступу	
номер пенс йного страхування	<input type="checkbox"/> Пенс йного страхового номера ще немає було запитуваний

2.2 С мейний стан додаткової особи

<input type="checkbox"/> неодружений	<input type="checkbox"/> одружений	<input type="checkbox"/> овдов ла	<input type="checkbox"/> зареєстроване життєве партнерство
<input type="checkbox"/> живуть окремо з: _____			
<input type="checkbox"/> розлучений з: _____			
<input type="checkbox"/> цив льне товариство роз рвано з: _____			



WEP

2

Редагування нотаток

Заповнюється т льки центром зайнятост

Вх дний штамп

в дд л

команда

Номер кл єнта додаткової особи

Інша людина має себе

пов домляє:

- посв дчення особи
- паспорт
- Інший документ, що посв дчує особу (наприклад, електронний Вид на проживання):

терм н придатност

Номер AZR додаткової особи

ПІБ ншого

Особа (для громадян Румун і та Болгар і)

Дан перев рено в STEP на

Ручний знак, дата

2.3 Особиста інформація про вашу особу

<input type="checkbox"/> Я пов'язаний з іншою людиною.	
<input type="checkbox"/> Мій партнер пов'язаний з іншою особою.	
Сейчас вносіни	
Інша особа вже подала заявку або отримала допомогу в даного центру зайнятості за <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Немає місяць, у якому була подана заява.	
Назва даного центру зайнятості	
Якщо так, будь ласка, надайте в подані докази.	
Інша людина відчуває фізичну здатність робити це регулярно <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Немає займатися діяльністю не менше трьох годин на день.	
Інша особа має право в подано до Закону про пільги шукачам притулку. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Немає	
Якщо так, будь ласка, надайте <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Немає	
в подані докази (наприклад, дозвіл на проживання, дозвіл на проживання, толерантність, рішення Федерального відомства у справах міграції та біженців (BAMF)).	
Інша особа – учень, студент або стажер. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Немає	
Тривалість шкільної освіти в д-до	Якщо так, надайте актуальні докази (наприклад, шкільний атестат).
Тривалість навчання в д-до	Якщо так, надайте актуальні докази (наприклад, свідоцтво про зарахування).
Тривалість навчання в д-до	Якщо так, надайте договір про навчання <small>раніше.</small>
<input type="checkbox"/> Під час навчання інша особа розміщується в гуртожитку, школі-інтернаті, спеціальному закладі для людей з обмеженими можливостями або разом з тренером з повним пансіоном чи іншою компенсацією за проживання та харчування. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Немає	
Якщо так, надайте поточні докази.	
Інша особа зараз або незабаром перебуватиме в стаціонарі (наприклад, лікарня, будинок престарілих, виправна колонія). <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Немає	
Тривалість проживання в д-до	Тип стаціонарного закладу
Якщо так, будь ласка, надайте дійсну довідку про перебування та тривалість.	

3. Експертиза додаткових вимог

Інформація є доброю людиною та необхідна, лише якщо ви бажаєте вимагати додаткових вимог.

<input type="checkbox"/> Інша особа вагітна. Будь ласка, надайте підтвердження очікуваної дати доставки. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Немає	
<input type="checkbox"/> Інша особа потребує дорогого харчування з медичних причин. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Немає	
Будь ласка, заповніть додаток МЕВ з.	
<input type="checkbox"/> Інша особа має нвалідність отримувати 15 <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Немає	
<ul style="list-style-type: none"> Пільги для участі у трудовому житті в подано до розділу 49, книги дев'ятої Кодексу соціального страхування (SGB IX) або інша допомога для отримання підходящої роботи або Допомога в інтеграції в подано до розділу 112 SGB IX. 	
Надайте в подані пов'ідомлення.	
<input type="checkbox"/> Інша особа є непридатною для роботи та є власником ідентифікаційної картки в подано до розділу 152 абзацу 5 SGB IX з символом G або aG. Будь ласка, надайте актуальне підтвердження (наприклад, посвідчення особи з серйозними вадами). <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Немає	

Редагування нотаток

Заповнюється тільки центром зайнятості

 Шкільний атестат Договір про навчання Додаток МЕВ

Інша особа має неминучу особливу потребу, яку вона не може покрити за рахунок заощаджень або інших засобів (наприклад, витрати на реалізацію прав доступу для розлучених батьків).

Будь ласка, заповніть додаток ВВ з. 17

Інша особа є студентом, має витрати на шкільні підручники/робочі зошити.

Будь ласка, надайте в подальшому докази. 18

4. Доходи та активи 19 Для перевірки доходів 20

ншої особи заповніть, будь ласка, додаток ЕК з.

Якщо ви самозайнятий, будь ласка, також заповніть додаток ЕКС.

При подачі заявки завжди необхідно надавати виписки з банку всього рахунку. Будь ласка, надайте банківські виписки за останні три місяці. 43

Якщо у вас є значні активи, заповніть додаток VM з. Короткостроковий є значущим для Активи, як можна використовувати для снування, понад 30 000 євро на кожну додаткову особу в суспільстві потреб. Приклади: готівка, заощадження, гроші повернуть, плани заощаджень у цінних паперах депозити. Активи, як не є у вільному доступі, не повинні включатися в тест на в подальшому сть. Це включає, зокрема, житлову нерухомість, яку займають власники, типові продукти пенсійного забезпечення, так як капітальне страхування життя або пенсійне страхування.

Якщо інша особа має значні активи та наразі є самозайнятою особою або вже робила це у своєму професійному житті, потрібна така інформація:

Загальна кількість років, протягом яких інша особа була самозайнятою особою здійснюється: _____

5. Життєва ситуація ншої людини

5.1 Пріоритетні послуги 21

Наступна інформація використовується для перевірки наявності претензій до інших служб або третіх осіб.

Тут можливі кількісні записи. Будь ласка, надайте в подальшому докази.

За останні 5 років 22

<input type="checkbox"/> Інша особа була зайнята.	в подальшому	роботодавець	<input type="checkbox"/> обкладаються внесками на соціальне страхування <input type="checkbox"/> Мінробота
<input type="checkbox"/> Інша особа була самозайнятою.	в подальшому	Вид діяльності	<input type="checkbox"/> обкладаються внесками на соціальне страхування <input type="checkbox"/> Мінробота
<input type="checkbox"/> Інша особа пройшла вількову або волонтерську службу (наприклад, добровільний соціальний праць, федеральну волонтерську службу).			
<input type="checkbox"/> Інша особа доглядала за родичами (догляд в подальшому до частини одинадцятої Кодексу соціального страхування).			
<input type="checkbox"/> Інша особа отримала компенсаційну допомогу (наприклад, допомогу у зв'язку з хворобою, допомогу по безробіттю, допомогу по вагітності та пологах, допомогу по догляду за дитиною, тимчасову допомогу).			
<input type="checkbox"/> Інша особа отримала продуктивність			
<input type="checkbox"/> жоден з цих пунктів не стосується ншої особи. Інша людина має свої витрати на проживання покриваються наступним чином (наприклад, фінансова підтримка через Родич/знайома, заощадження, спадок):			

Редагування нотаток

Заповнюється тільки центром зайнятості

 Додаток ВВ _____ Додаток ЕК Об'єкт ЕКС банківські виписки Заповніть В.М _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

5.2 Претензі до трет'я осіб 6 23 24

- Інша особа вже подала або має намір подати заяву на отримання інших пільг. До них належать, наприклад, пільги згідно з Федеральним законом про допомогу в навчанні (BAfö G), допомога на професійне навчання (BAV), житлова допомога, допомога по безробіттю, пенсії (за в'язку з втратою годувальника та базова пенсія), допомога у зв'язку з хворобою, допомога на дитину та доплата на дитину.

Тип послуги

Дата звернення

Надавач соціальних виплат/семеїний фонд

Будь ласка, надайте актуальне підтвердження.

- Інша особа висуває претензію до (колишнього) роботодавця щодо несплачених виплат заробітної плати (наприклад, у разі неплатоспроможності / неплатоспроможності роботодавця) або на час звільнення з компанії (наприклад, якщо вихідна допомога все ще не виплачена).

роботодавець

Адреса

Причина

Будь ласка, надайте відповідні докази (наприклад, листування з вашим адвокатом або судом).

- Інша особа проживає окремо від свого чоловіка або зареєстрованого супутника життя.

Будь ласка, заповніть додаток UN1 з.

- Інша особа розлучена або зареєстроване цивільне партнерство розірвано.

Будь ласка, заповніть додаток UN1 з.

- Інша особа вагітна або доглядає за позашлюбною дитиною в віці до 3 років.

Будь ласка, заповніть додаток UN2 з.

- Інша людина _
- молодше 18 років або
 - в віці від 18 до 24 років, як навчаються в школі або професійно-технічній або хоче почати незабаром
- принаймні один з батьків проживає за межами громади, яка потребує допомоги.

Будь ласка, заповніть додаток UN3 якщо іншою особою є дитина.

Будь ласка, заповніть додаток UN4 якщо інша людина не є дитиною, а ви разом з нею Живе партнерство.

- Інша особа зазнала шкоди своєму здоров'ю від рук третьої сторони (наприклад, нещасний випадок на роботі, в дорозі, в азартних іграх або спортивних іграх, помилка в ливарстві або фазична сварка). Тому інша особа повинна подати заяву на отримання допомоги в центрі зайнятості.

Будь ласка, заповніть додаток UF з.

- Інша особа має претензію до трет'я сторін (наприклад, у зв'язку з претензіями щодо оплати за договором або вимогами про відшкодування збитків).

Назва претензії

Будь ласка, надайте підтвердження претензії актуальними документами.

Для іншої особи була зроблена заява про зобов'язання між графічним органом або Так Немає дипломатичним способом за кордоном.

Будь ласка, надайте декларацію про зобов'язання або відповідні документи.

Редагування нотаток

Заповнюється тільки центром зайнятості

Додаток UN1

Додаток UN1

Додаток UN2

Додаток UN3

Додаток UN4

Заклад UF

6. Медичне страхування та догляд за хворими 26 6. 27

Обов'язкове страхування в державному страхуванні здоров'я та медсестринського догляду

<input type="checkbox"/> Інша особа є або була нещодавно обов'язково або с мейно застрахованою в дпов дню до закону про медичне страхування та страхування догляду . Коли настане право на допомогу по безроб ттю II, додаткова особа хот ла б бути застрахованою:	
<input type="checkbox"/> попередня медична страхова компан я.	
назва медичного страхування	Номер медичного страхування (якщо в домий)
Будь ласка, надайте сертиф кат членства або нший актуальний доказ членства Медична страхова компан я нформує вас про страхування ншої особи. Кр м того, ви також можете надати д йсну електронну медичну картку ншої особи; вона не збер гатиметься у файл .	
<input type="checkbox"/> нша медична страхова компан я.	
назва медичного страхування	Номер медичного страхування (якщо в домий)
Будь ласка, надайте сертиф кат членства або нший актуальний доказ членства 26 Медична страхова компан я про виб р медичного страхування, якщо нша особа зм нює медичну страхову компан ю.	

6.2 Приватне, добров льне державне страхування здоров'я та медичного догляду або в дсутн сть медичного страхування

<input type="checkbox"/> Інша особа є приватною або Добров льно юридично застрахований. Будь ласка, заповн ь Додаток SV, Розд л 3 .	<input type="checkbox"/> Інша особа не застрахована . Будь ласка, заповн ь Додаток SV, Розд л 4 .
--	--

Я п дтверджую, що нформац я правильна.

М сце, дата	П дпис заявника (для неповнол тн х: п дпис законного представника)
-------------	--

Редагування нотаток Заповнюється т льки центром зайнятост
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Додаток СВ
У наступному Розд ли були в Присутн сть замовника Внесен зм ни замовником: Ручний знак, дата
П дпис в кл ент