

مرفق

لطفل أقل من 15 عامًا في المجتمع المحتاج



يرجى وضع علامة عند الاقتضاء.



كقاعدة عامة، يرجى عدم تقديم المستندات الأصلية، بل نسسخًا منها.

يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول الرقم المعني في تطبيقنا الرقمي حول عروضنا الرقمية وورقة المعلومات SGB II والملاحق الأخرى للتطبيق www.arbeitsagentur.de

تخضع البيانات التالية للسرية الاجتماعية (راجع "ورقة المعلومات (SGB II)". يتم جمع معلوماتك بناءً على الأقسام 65 - 60 من الكتاب الأول من القانون الاجتماعي (SGB I) والأقسام 67، ب، ج من الكتاب العاشر من القانون الاجتماعي (SGB X) للحصول على المزايا وفقًا للكتاب الثاني من القانون الاجتماعي. القانون الاجتماعي (SGB II). يمكنك الحصول على معلومات حماية البيانات من مركز العمل المسؤول عنك وأيضًا عبر الإنترنت على www.arbeitsagentur.de/datenernahme.

1. البيانات الشخصية لمقدم الطلب

الاسم العائلي	قسم
تاريخ الميلاد	فريق
عدد احتياجات المجتمع (إن وجد) رقم العميل (إن وجد)	رقم العميل الخاص بالطفل

2. تشير المعلومات الواردة في هذا الملحق إلى الطفل التالي الذي يقل عمره عن 15 عامًا سنوات في مجتمع الاحتياجات 4

الاسم العائلي	شهادة الميلاد
اسم الميلاد (إذا كان مختلفًا)	جواز سفر للأطفال وثيقة هوية أخرى (ل) مثال على بطاقة هوية الطفل، تصريح الإقامة الإلكتروني):
تاريخ الميلاد	تاريخ الانتهاء
مكان الميلاد	رقم AZR الخاص بالطفل
بلد الميلاد	رقم الهوية الشخصية للطفل (للرومانية والبلغارية المواطنين)
جنسية	رقم تأمين المعاش التقاعدي غير متوفر بعد وقد تم التقدم بطلب للحصول عليه.
لأرجى إدخال تاريخ الدخول إلى ألمانيا هنا إذا كان الطفل ليس ألمانيًا لديه الجنسية. موعد الدخول	تأمين المعاشات التقاعدية رقم 1

3. المعلومات الشخصية

<input type="checkbox"/>	أنا مرتبط بالطفل.
<input type="checkbox"/>	شريكي مرتبط بالطفل.
<input type="checkbox"/>	العلاقة العائلية
<input type="checkbox"/>	يعيش الطفل بانتظام بالتناوب في منزلي وفي منزل الوالد الآخر.

	منظمة العفو الدولية
2	تحرير الملاحظات يتم ملؤها من قبل مركز العمل فقط
ختم الدخول	
قسم	
فريق	
رقم العميل الخاص بالطفل	
لقد عرف الطفل نفسه	
<input type="checkbox"/>	شهادة الميلاد
<input type="checkbox"/>	جواز سفر للأطفال وثيقة هوية أخرى (ل) مثال على بطاقة هوية الطفل، تصريح الإقامة الإلكتروني):
<input type="checkbox"/>	تاريخ الانتهاء
رقم AZR الخاص بالطفل	
رقم الهوية الشخصية للطفل (للرومانية والبلغارية المواطنين)	
تم فحص البيانات في STEP on	
علامة اليد، التاريخ	

تم بالفعل تقديم طلب للحصول على مخصصات الطفل أو الحصول عليها من مركز عمل آخر خلال السنوات الثلاث الماضية.

لا نعم

اسم مركز العمل الآخر

□ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم الأدلة ذات الصلة (مثل الإشعارات).

□ للطفل هو المستفيد بموجب قانون إعانات طالبي اللجوء. 9

□ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم الأدلة ذات الصلة (مثل تصريح الإقامة، التصريح بالإقامة، التسامح، قرار من المكتب الاتحادي ل... الهجرة واللاجئين. (BAMF))

الطفل طالب.

لا نعم

بدأ الطفل المدرسة أو من المتوقع أن يبدأ المدرسة في يرجى تقديم إثبات حالي لتاريخ بدء المدرسة.

□ إن المزايا الخاصة بالاحتياجات المدرسية الشخصية للطفل للعام الدراسي الحالي قد تم بالفعل تقديم طلب للحصول عليها أو تقديمها من قبل وكالة أخرى.

لا نعم

□ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم الأدلة الحالية.

الطفل موجود حاليًا أو سيتواجد قريبًا في منشأة للمرضى الداخليين (مثل المستشفى).

لا نعم

11

مدة الإقامة من - إلى

نوع منشأة المرضى الداخليين

□ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم شهادة إقامة سارية المفعول ومدتها.

4. المطالبات ضد أطراف ثالثة.

يعيش أحد والدي الطفل خارج المجتمع المحتاج.

□ يرجى ملء المرفق UH3 بعيدًا عن المكان.

تعرض الطفل لضرر على صحته على يد طرف ثالث (مثل حادث مروري أو قمار أو رياضي أو خطأ في العلاج الطبي أو مشاجرة جسدية).

□ يرجى ملء مرفق UF بعيدًا عن المكان.

تم تقديم إعلان الالتزام لسلطات الهجرة أو البعثة الدبلوماسية في الخارج للطفل.

لا نعم

25

□ يرجى تقديم إقرار الالتزام أو المستندات المناسبة.

5. فحص المتطلبات الإضافية.

□ هذه المعلومات طوعية ومطلوبة فقط إذا كنت ترغب في طلب متطلبات إضافية.

14 يحتاج الطفل إلى تغذية باهظة الثمن لأسباب طبية.

□ يرجى ملء مرفق MEB بعيدًا عن المكان.

12 الطفل حامل.

□ يرجى تقديم دليل يوضح التاريخ المتوقع للتسليم.

□ يرجى ملء المرفق UH2 بعيدًا عن المكان.

17 أن يكون لدى الطفل حاجة خاصة لا يمكن تجنبها بسبب ظرف حياتي خاص.

□ يرجى ملء المرفق BB بعيدًا عن المكان.

الطفل طالب وهناك تكاليف للكاتب المدرسية/المصنفات.

18

□ يرجى تقديم الأدلة ذات الصلة.

6.التأمين الصحي والرعاية التمريضية □ 26يرجى ملء مرفق SV إذا كان الطفل مؤمناً عليه بشكل خاص أو مؤمناً عليه طوعاً (من خلال التأمين الصحي والرعاية التمريضية القانوني).

□ يرجى ملء القسم التالي فقط إذا كان الطفل قد بلغ بالفعل سن 14 عامًا. يرجى تقديم إثبات حالي لتأمين الطفل من شركة التأمين الصحي (مثل البطاقة الصحية الإلكترونية السارية للطفل). لن يتم الاحتفاظ بهذه الأدلة في الملف.

<input type="checkbox"/>	كان الطفل مشمولاً أو كان مؤخرًا مشمولاً بالتأمين القانوني للرعاية الصحية والتمريضية
<input type="checkbox"/>	التأمين العائلي.
<input type="checkbox"/>	مؤمن عليه بشكل إلزامي (على سبيل المثال من خلال الحصول على معاش الوراثة).
<input type="checkbox"/>	سيتم التأمين الإلزامي على الطفل في المستقبل
<input type="checkbox"/>	شركة التأمين الصحي السابقة.
<input type="checkbox"/>	شركة تأمين صحي أخرى.
	رقم التأمين الصحي (إذا كان معروفًا) اسم التأمين الصحي

أؤكد أن المعلومات صحيحة.

توقيع مقدم الطلب (للقاصرين: توقيع الممثل القانوني)	المكان والتاريخ
--	-----------------

معالجة الملاحظات (يتم إكمالها من خلال مركز العمل فقط)	
<input type="checkbox"/>	تم إجراء التغييرات على الأقسام التالية بحضور العميل:
توقيع العميل	رفع الأيدي، التاريخ:
<input type="checkbox"/>	تعليقات أخرى من مركز العمل: