

Հիմնական դիմում

Քաղաքացու նպաստ ստանալու դիմում՝ համաձայն սոցիալական օրենսգրքի երկրորդ գրքի (SGB II)



Ինդիկացի է՝ համապատասխան կերպով նշել:



Որպես ընդհանուր կանոն, խնդրում ենք չներկայացնել փաստաթղթերի բնօրինակները, այլ պատճենները:



Մեր բացատրական տեսանկյունները կօգնեն ձեզ լրացնել այն: Մեր թվային առաջարկների, SGB II տեղեկատվական թերթիկի և հավելվածի այլ հավելվածների մասին տեղեկությունները կարելի է գտնել www.jobcenter.digital կայքում:



Համապատասխան համարի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել ձևը լրացնելու հրահանգներում՝ www.arbeitsagentur.de/linien-sgb2:

Հետևյալ տվյալները ենթակա են սոցիալական գաղտնիության (տես «Տեղեկատվական թերթիկ SGB II»): Ձեր տեղեկատվությունը հավաքագրվում է Սոցիալական օրենսգրքի (SGB I) Առաջին գրքի 60-65-րդ և Սոցիալական օրենսգրքի (SGB X) տասներորդ գրքի (SGB X) 67a, b, c բաժինների հիման վրա SGB II-ով նախատեսված նպաստների համար: Դուք կարող եք տվյալների պաշտպանության մասին տեղեկություններ ստանալ ձեզ համար պատասխանատու աշխատանքի կենտրոնից, ինչպես նաև www.arbeitsagentur.de/datenernahme կայքում:

1. Դիմողի անձնական տվյալներ

Ազգանուն	Անուն
Ծննդյան անուն (եթե տարբեր է)	Ծննդյան օր
Ծննդավայր	Ծննդավայր
Սեռ	ազգությունը
<input type="checkbox"/> Ինդիկացի է՝ մուտքագրել Գերմանիա ձեր մուտքի ամսաթիվը այստեղ, եթե դուք Գերմանիայի քաղաքացի չեք:	
Մուտքի ամսաթիվը	
<input type="checkbox"/> Կենսաթոշակային ապահովագրություն թիվ 1	<input type="checkbox"/> Կենսաթոշակային ապահովագրության համարը դեռ հասանելի չէ և դիմել է:
Փողոց, տան համար	
անհրաժեշտության դեպքում բնակվել	
Փոստային ինդեքս	Բնակավայր
<input type="checkbox"/> Հեռախոսահամարի և էլ. հասցեի մասին տեղեկությունները կամավոր են:	
Հեռախոսահամար	Էլեկտրոնային հասցե

2. Դիմում 3

այսուհետև ավելի ուշ ամսաթվից. _____
 հաջորդ ամսվա համար. _____

3. Իմ ընտանեկան դրությունը և կենսապայմանները

3.1 Իմ ամուսնական կարգավիճակը

միայնակ ամուսնացած այրիացած գրանցված կյանքի գործընկերություն
 ապրել առանձին, քանի որ. _____
 ամուսնալուծված, քանի որ. _____
 քաղաքացիական գործընկերությունը լուծարվել է, քանի որ. _____

2 ՀԱ	
նշումների խմբագրում <small>Էրացվում է միայն աշխատանքի կենտրոնի կողմից</small>	
Մուտքի կնիք	
Դիմումի ամսաթիվը	
Հաճախորդի համարը	
Նպաստների համայնքի թիվը	
բաժին	թիվը
Դիմումատուն ինքն է ճանաչվել <input type="checkbox"/> ID քարտ <input type="checkbox"/> անձնագիր <input type="checkbox"/> անձը հաստատող այլ փաստաթուղթ (համար էլեկտրոնային օրինակ <small>Բնակության թույլտվություն):</small>	
Ժամկետի ամսաթիվ	
AZR համարը	
Անձնական նույնականացման համարը (ռումիներեն և բուլղարերեն քաղաքացիներ)	
Տվյալները ստուգվել են STEP-ում	
Դիմումն ավարտված է	
Վիճակագրական գրանցումը միացված է	
Ձեռքի նշան, ամսաթիվ	
Դրամական թղթադրամներ	
Նշված ձեռքի ցուցադրման ամսաթիվը	
Պայմանավորված ձեռքի ցուցադրման ամսաթիվ	

3.2 Իմ ապրելու վիճակը

Ստորև նշված բոլոր հավելվածները կարելի է գտնել www.arbeitsagentur.de/download-sgb2 կայքում: Հետևյալ տեղեկատվությունը

օգտագործվում է ստուգելու համար, թե որ մարդիկ են պատկանում կարիքավոր համայնքին, կենցաղային համայնքին կամ պատասխանատվությունին և համայնքին պատկանող. 4 5 6

Ես մենակ եմ ապրում:

Եթե դուք միայնակ եք ապրում, 3.2-ի համաձայն լրացուցիչ տեղեկություններ չեն պահանջվում: Խնդրում ենք շարունակել 3.3 բաժինը:

Ես ապրում եմ հետևյալի հետ. 7

Քանի որ դուք դիմում եք նպաստների համար, ենթադրվում է, որ դուք ստանձնել եք նաև ձեր կարիքների համայնքի ներկայացուցչությունը: Սա չի կիրառվում, եթե ձեր կարիքների համայնքի 15 տարեկանից բարձր անդամները հայտարարում են աշխատանքի կենտրոնին, որ իրենք ցանկանում են պաշտպանել իրենց շահերը, օրինակ՝ ներկայացնելով իրենց սեփական դիմումը (§ 38 SGB II): Չներկայացված անձանց մասին այստեղ տեղեկատվություն չի պահանջվում:

Այստեղ հնարավոր են բազմաթիվ գրառումներ:

Իմ ամուսինը

Խնդրում ենք լրացնել WEP հավելվածը դուրս.

Իմ գրանցված կյանքի ընկերը

Խնդրում ենք լրացնել WEP հավելվածը դուրս.

Իմ գործընկերը պատասխանատվության և պարտավորության համայնքում («ամուսնության նման համայնք»)

Խնդրում ենք լրացնել WEP հավելվածը դուրս.

_____ չամուսնացած երեխա(ներ) 15-ից 24 տարեկան

Խնդրում ենք յուրաքանչյուր երեխայի համար լրացնել առանձին WEP հավելված դուրս.

_____ մինչև 15 տարեկան չամուսնացած երեխա(ներ).

Խնդրում ենք յուրաքանչյուր երեխայի համար լրացնել առանձին US հավելված դուրս.

Իմ ծնողները կամ ծնողը

Եթե դուք մինչև 25 տարեկան դիմորդ եք, խնդրում ենք լրացնել WEP հավելված յուրաքանչյուր ծնողի համար դուրս.

Եթե դուք 25 տարեկան կամ ավելի բարձր եք, խնդրում ենք լրացնել կցորդ HG յուրաքանչյուր ծնողի համար :

_____ այլ հարազատներ կամ խնամիներ (օրինակ՝ տատիկ-պապիկ, 25 տարեկանից բարձր քույրեր ու քույրեր, ամուսնացածներ

երեխաներ, մորաքույրներ կամ հորեղբայրներ)

Խնդրում ենք լրացնել HG հավելվածը յուրաքանչյուր հարազատի/խնամի դուրս.

_____ այլ մարդիկ (օրինակ՝ այլ մարդիկ ընդհանուր բնակարանում)

Անհրաժեշտության դեպքում պատասխանատվության և հանձնառության համայնքը պետք է ուսումնասիրվի: Ձեր աշխատանքի կենտրոնը ձեզ կասի, թե արդյոք ձեզ անհրաժեշտ է հավելված VE պետք է լրացնել.

3.3 Կեցության և ջեռուցման ծախսերը

Ես կրում եմ ծախսեր բնակության և ջեռուցման համար

Այո՝ Ոչ

Խնդրում ենք լրացնել KDU հավելվածը դուրս.

4. Դիմողի անձնական տվյալներ

Վերջին երեք տարիների ընթացքում ես արդեն դիմել եմ կամ ստացել նպաստներ այլ աշխատանքի կենտրոնից:

Այո՝ Ոչ

Աշխատանքի մյուս կենտրոնի անվանումը

Եթե այո, խնդրում ենք տրամադրել համապատասխան ապացույցներ (օրինակ՝ ծանուցումներ):

Առողջության առումով ես կարող եմ օրական առնվազն երեք ժամ կանոնավոր գործունեություն ծավալել : 8-րդ

Այո՝ Ոչ

Ես ապաստան հայցողների նպաստների մասին օրենքի համաձայն շահառու եմ: 9

Այո՝ Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք տրամադրել համապատասխան ապացույցներ (օրինակ՝ կացության թույլտվություն, կացության թույլտվություն, հանդուրժողականություն, Միգրացիայի և փախստականների դաշնային գրասենյակի (BAMF) որոշումը.

Ես դպրոցի աշակերտ եմ, ուսանող կամ վերապատրաստվող: 10



Այո՛

Ոչ

Դպրոցական կրթության տեսողությունը -ից մինչև

Եթե այո, խնդրում ենք ներկայացնել ընթացիկ ապացույցներ (օրինակ՝ դպրոցի վկայական):

Ուսման տեսողությունը -ից մինչև

Եթե այո, խնդրում ենք ներկայացնել ընթացիկ ապացույցներ (օրինակ՝ գրանցման վկայական):

Դասընթացի տեսողությունը -ից մինչև

Եթե այո, խնդրում ենք տրամադրել վերապատրաստման պայմանագիրը:

Դասընթացի ընթացքում ես կտեղավորվեմ հանրակացարանում, զիջերօթիկ դպրոցում, հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված հատուկ հաստատությունում կամ մարզիչի մոտ՝ լիարժեք սնունդով կամ այլ կացարանով և սննդի փոխհատուցմամբ:

10

Եթե այո, խնդրում ենք ներկայացնել ընթացիկ ապացույցներ:

Ես ներկայումս կամ շուտով կլինեմ ստացիոնար հաստատությունում (օրինակ՝ հիվանդանոց, ծերանոց, ուղղիչ հաստատություն): 11

Այո՛

Ոչ

Տեղավորման տեսողությունը -ից մինչև

Ստացիոնար հաստատության տեսակը

Եթե այո, խնդրում ենք տրամադրել կենցաղային և տեսողության վավեր վկայական:

5. Լրացուցիչ պահանջների ուսումնասիրություն

Տեղեկությունը կամավոր է և պահանջվում է միայն այն դեպքում, եթե ցանկանում եք լրացուցիչ պահանջներ պահանջել:

Ես միայնակ ծնող եմ:

Ես հղի եմ. Խնդրում ենք

12

տրամադրել ապացույց, որը ցույց է տալիս առաքման ակնկալվող ամսաթիվը:

Ես ունեմ լրացուցիչ պահանջներ ապակենտրոնացված տաք ջրի արտադրության համար (օրինակ՝ ակնթարթային ջրատաքացուցիչներ/կաթասններ): 13

13

Ինձ բժշկական պատճառներով թանկ դիետա է պետք: Խնդրում ենք լրացնել MEB հավելվածը դուրս.

14

Ես հաշմանդամություն ունեմ և ստանում եմ 15

15

- Աշխատանքային կյանքին մասնակցելու նպաստները՝ համաձայն Սոցիալական օրենսգրքի 49-րդ բաժնի իններորդ գրքի (SGB IX) կամ.
- այլ օգնություն՝ համապատասխան աշխատանք ստանալու համար կամ
- Ինտեգրման աջակցություն՝ համաձայն 112 SGB IX բաժնի:

Խնդրում ենք տրամադրել ընթացիկ ծանուցում:

Ես ի վիճակի չեմ աշխատելու և ունեմ նույնականացման քարտ՝ համաձայն 152-րդ բաժնի 5-րդ կետի SGB IX, G կամ aG խորհրդանիշով:

16

16

Խնդրում ենք ներկայացնել ընթացիկ ապացույց (օրինակ՝ ծանր հաշմանդամություն ունեցող անձի նույնականացման քարտ):

Ես ունեմ անխուսափելի հատուկ կարիք, որը չեմ կարող ծածկել խնայողությունների կամ այլ միջոցների միջոցով (օրինակ՝ բաժանված ծնողների մուտքի իրավունքի իրականացման ծախսերը):

17

Խնդրում ենք լրացնել BB հավելվածը դուրս.

Ես ուսանող եմ, և կան ծախսեր դպրոցական գրքերի/աշխատանքային տետրերի համար: 18

18

Խնդրում ենք տրամադրել համապատասխան ապացույցներ:

6. Եկամուտ 19

19

Ձեր եկամտի վիճակը ստուգելու համար խնդրում ենք լրացնել EK հավելվածը դուրս. Եթե դուք ինքնազբաղված եք, խնդրում ենք լրացնել նաև EKS

հավելվածը: Հայտ ներկայացնելիս

միշտ պետք է ներկայացվեն բանկային քաղվածքներ: Խնդրում ենք տրամադրել բանկային քաղվածքներ վերջին երեքից ամիսներ առաջ.

43

7. Fortune 20

20

Կարիքների համայնքի բոլոր մարդկանց ֆինանսական հանգամանքների մասին ինքնաբացահայտման համար խնդրում ենք լրացնել VM հավելվածը դուրս.

8. Իմ կյանքի իրավիճակը

8.1 Առաջնահերթ ծառայություններ

21

Հետևյալ տեղեկատվությունը օգտագործվում է ստուգելու համար, թե արդյոք կարող է պահանջ լինել այլ ծառայությունների կամ երրորդ անձանց նկատմամբ:

Այստեղ հնարավոր են բազմաթիվ գրառումներ: Խնդրում ենք տրամադրել համապատասխան ապացույցներ:

Վերջին 5 տարում 22

<input type="checkbox"/> Ես զբաղված էի.	<table border="1"> <tr> <td>սկսած միջև</td> <td>Գործատու</td> <td> <input type="checkbox"/> ենթակա են սոցիալական ապահովագրության վճարների <input type="checkbox"/> միևի աշխատանք </td> </tr> <tr> <td>սկսած միջև</td> <td>Գործատու</td> <td> <input type="checkbox"/> սոցիալական ապահովագրության վճարների ենթակա <input type="checkbox"/> միևի աշխատանք </td> </tr> </table>	սկսած միջև	Գործատու	<input type="checkbox"/> ենթակա են սոցիալական ապահովագրության վճարների <input type="checkbox"/> միևի աշխատանք	սկսած միջև	Գործատու	<input type="checkbox"/> սոցիալական ապահովագրության վճարների ենթակա <input type="checkbox"/> միևի աշխատանք
սկսած միջև	Գործատու	<input type="checkbox"/> ենթակա են սոցիալական ապահովագրության վճարների <input type="checkbox"/> միևի աշխատանք					
սկսած միջև	Գործատու	<input type="checkbox"/> սոցիալական ապահովագրության վճարների ենթակա <input type="checkbox"/> միևի աշխատանք					
<input type="checkbox"/> Ես ինքնազբաղված էի :	<table border="1"> <tr> <td>սկսած միջև</td> <td>Գործունեության տեսակը</td> </tr> </table>	սկսած միջև	Գործունեության տեսակը				
սկսած միջև	Գործունեության տեսակը						
<input type="checkbox"/> Ես անցել եմ զինվորական ծառայություն կամ կամավոր ծառայություն (օրինակ՝ կամավոր սոցիալական տարի, դաշնային կամավոր ծառայություն):							
<input type="checkbox"/> Խնամում էի հարազատներին (խնամք ըստ սոցիալական օրենսգրքի տասնմեկերորդ գրքի).							
<input type="checkbox"/> Ես ստացել եմ աշխատավարձի փոխարինման նպաստներ (օրինակ՝ հիվանդության նպաստ, գործազրկության նպաստ, անցումային նպաստ, ծնողական նպաստ):	<table border="1"> <tr> <td>սկսած միջև</td> <td>Կատարում</td> </tr> <tr> <td>սկսած միջև</td> <td>Կատարում</td> </tr> </table>	սկսած միջև	Կատարում	սկսած միջև	Կատարում		
սկսած միջև	Կատարում						
սկսած միջև	Կատարում						
<input type="checkbox"/> Այս կետերից ոչ մեկն ինձ չի վերաբերում: Ես ինձ ապահովում էի հետևյալ կերպ (օրինակ՝ ֆինանսական աջակցություն հարազատներից/ծանոթներից, խնայողություններ, ժառանգություն).							

8.2 Երրորդ անձանց նկատմամբ պահանջներ 23

24

<input type="checkbox"/> Ես արդեն դիմել եմ այլ արտոնությունների համար կամ պատրաստվում եմ դիմել: Դրանք ներառում են, օրինակ, Դաշնային ուսուցման աջակցության ակտի (BAFAG) համաձայն արտոնությունները, մասնագիտական ուսուցման նպաստը (BAB), բնակարանային նպաստը, գործազրկության նպաստը, կենսաթոշակները (ծերության, կերակրողին և հիմնական կենսաթոշակները), հիվանդության նպաստները, երեխայի նպաստը և երեխայի հավելումը: .			
Ծառայության տեսակը	Դիմումի ամսաթիվը		
Սոցիալական նպաստ տրամադրող/ընտանեկան հիմնադրամ			
Խնդրում ենք ներկայացնել ընթացիկ ապացույց:			
<input type="checkbox"/> Ես պահանջում եմ (նախկին) գործատուից չմարված աշխատավարձի կամ աշխատավարձի վճարումների համար (օրինակ՝ գործատուի անվճարունակության/սնանկության դեպքում) կամ ընկերությունը լքելուց հետո (օրինակ՝ չմարված արձակման դեպքում):	<table border="1"> <tr> <td>Գործատու</td> <td>Հասցե</td> </tr> </table>	Գործատու	Հասցե
Գործատու	Հասցե		
Պատճառ			
Խնդրում ենք տրամադրել համապատասխան ապացույցներ (օրինակ՝ նամակագրություն ձեր փաստաբանի կամ դատարանի հետ):			

Ես ապրում եմ ամուսնու կամ գրանցված կյանքի զուգընկերիցս առանձին:

Խնդրում ենք լրացնել UH1 հավելվածը դուրս.

Ես ամուսնալուծված եմ կամ իմ գրանցված քաղաքացիական գործընկերությունը չեղյալ է հայտարարվել:

Խնդրում ենք լրացնել UH1 հավելվածը դուրս.

Ես հղի եմ.

Խնդրում ենք լրացնել UH2 հավելվածը դուրս.

Ես եմ

- մինչև 18 տարեկան կամ
 - 18-ից 24 տարեկան և ես դպրոցական կամ մասնագիտական վերապատրաստում եմ անցնում կամ ցանկանում եմ շուտով սկսել
- և առնվազն մեկ ծնող ապրում է կարիքավոր համայնքից դուրս:

Խնդրում ենք լրացնել UH3 հավելվածը դուրս.

Ես իմ առողջության պատճառով վնաս եմ կրել երրորդ անձի կողմից (օրինակ՝ աշխատանքային վնասվածք, ճանապարհատրանսպորտային վնասվածք, խաղային վնասվածք և այլն): սպորտային վթար, բժշկական բուժման սխալ կամ ֆիզիկական վեճ): Հետևաբար, ես պետք է դիմեմ նպաստների համար աշխատանքի կենտրոնում:

Խնդրում ենք լրացնել UF հավելվածը դուրս.

Ես պահանջ ունեմ երրորդ անձանց դեմ (օրինակ՝ պայմանագրային վճարման պահանջներից կամ վնասների հատուցման պահանջներից):

Հայցի անվանումը

Խնդրում ենք ներկայացնել պահանջի ապացույցը ընթացիկ փաստաթղթերով:

Իմ անունից ներգաղթի մարմիններին կամ արտերկրում դիվանագիտական ներկայացուցչությանը հանձնառության հայտարարություն է արվել:

25

Այո՝ Ոչ

Խնդրում ենք ներկայացնել պարտավորության հայտարարագիրը կամ համապատասխան փաստաթղթեր:

9. Առողջության և բուժքույրական խնամքի ապահովագրություն **26 27**

9.1 Պարտադիր ապահովագրություն պարտադիր բժշկական և բուժքույրական խնամքի ապահովագրության մեջ

Ես կամ վերջերս եմ եղել պարտադիր կամ ընտանեկան ապահովագրված առողջության և բուժքույրական խնամքի ապահովագրության ներքո :

Եթե ես դառնամ քաղաքացու նպաստի իրավունք, ես կցանկանայի ապահովագրված լինել:

Նախկին առողջապահական ապահովագրական ընկերությունը

առողջության ապահովագրության անվանումը

Առողջության ապահովագրության համարը (եթե հայտնի է)

Խնդրում ենք տրամադրել ձեր ապահովագրության ընթացիկ ապացույցը առողջապահական ապահովագրական ընկերությունից (օրինակ՝ ձեր վավեր էլեկտրոնային առողջության քարտ): Այս ապացույցները չեն պահվի թղթապահանակում:

մեկ այլ առողջապահական ապահովագրական ընկերություն

առողջության ապահովագրության անվանումը

Առողջության ապահովագրության համարը (եթե հայտնի է)

Խնդրում ենք տրամադրել ձեր ընտրած առողջության ապահովագրական ընկերության ընթացիկ ապացույցը,

եթե փոխում եք առողջության ապահովագրական ընկերությունը:

26

9.2 Առողջության և բուժքույրական խնամքի մասնավոր, կամավոր պարտադիր օրենքով կամ առանց առողջության ապահովագրության

Ես ունեմ մասնավոր կամ կամավոր պարտադիր ապահովագրություն:

Խնդրում ենք լրացնել SV հավելվածը, Բաժին 3 .

Ես ապահովագրված չեմ.

Խնդրում ենք լրացնել SV հավելվածը, Բաժին 4 .

10. Կրթություն և մասնակցություն

Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ 25 տարեկանից ցածր անձինք կարող են ունենալ կրթության և մասնակցության նպաստների իրավունք: Դուք կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ ձեր աշխատանքի կենտրոնից կամ պատասխանատու տեղական իշխանությունից:

11. Իմ բանկային տվյալները

ՏՅԵԻ-ի համաձայն նպաստները սովորաբար փոխանցվում են հաշվին:

Հաշվի սեփականատեր

IBAN 28

Դուք սովորաբար կարող եք գտնել IBAN-ը ձեր հաշվի քաղվածքում:

12. Իմ էլեկտրոնային ծառայությունները 29

Ես կցանկանալիս օգտվել առցանց առաջարկից www.jobcenter.digital կայքում և ստեղծել զաղտնաբառով պաշտպանված օգտատիրոջ հաշիվ՝ կարևոր հարցերով զբաղվելու համար (օրինակ՝ փոփոխությունների մասին ծանուցում):

Համագործակցելու իմ

պարտավորությունը Մարդիկ, ովքեր դիմում են կամ ստանում են նպաստներ ՏՅԵԻ-ի համաձայն, պարտավոր են համագործակցել:

Սա նշանակում է, որ հայտում և դրա համար ներկայացված հավելվածներում առկա բոլոր տեղեկությունները պետք է լինեն ճիշտ և ամբողջական: Փոփոխությունները, որոնք տեղի են ունենում դիմումը ներկայացնելուց հետո, և որոնք կարող են ազդել նպաստների վրա (օրինակ՝ աշխատանք սկսելը, տեղափոխվելը) պետք է անհապաղ տեղեկացվի պատասխանատու աշխատանքի կենտրոնին: Համագործակցելու պարտավորությունները պետք է պահպանվեն կարիքների համայնքի բոլոր անդամների կողմից:

Եթե համագործակցության այս պարտավորությունները խախտվեն, ապա ավելցուկային վճարված բոլոր նպաստները, ընդհանուր առմամբ, հետ կպահանջվեն կարիքների համայնքի բոլոր իրավասու անձանցից: Եթե ձեր կարիքների համայնքում կան այլ մարդիկ, դուք՝ որպես ներկայացուցիչ, պետք է ներառեք բոլոր անդամներին դիմումը լրացնելիս և նրանց հետ համաձայնեցնեք էական տեղեկատվությունը և նրանց վերաբերող տեղեկությունները: Խնդրում ենք նաև ապահովել, որ բոլոր անդամները ստանան բոլոր անհրաժեշտ տեղեկությունները (օրինակ՝ ծանուցումները):

Համագործակցության պարտավորության խախտումը կարող է հանգեցնել նաև վարչական իրավախախտումների կամ քրեական վարույթի այն անձի նկատմամբ, ով խախտել է վերը նշված պարտավորությունները: Աշխատանքի կենտրոնը եկամուտների և ակտիվների (օրինակ՝ աշխատավարձեր, կապիտալ եկամուտներ, կենսաթոշակներ) մասին տեղեկատվություն է ստանում տարբեր գործակալություններից՝ տվյալների ավտոմատացված համեմատության միջոցով: Հետևաբար, թաքցված եկամուտներն ու ակտիվները պարբերաբար հայտնի են դառնում դրանից հետո:

Ես ստացել եմ «Information Sheet SGB II – Citizens’ Benefit (Հիմնական անվտանգություն աշխատանք փնտրողների համար)»-ն այն լրացնելու հրահանգները, և ես գիտեմ դրա բովանդակությունը: Ես ձեզ կտեղեկացնեմ ապագա փոփոխությունների մասին (մասնավորապես՝ ընտանեկան, եկամուտ և ֆինանսական հանգամանքներ, ինչպես նաև ձեր վաստակելու կարողության չափը) առանց հարցնելու և անմիջապես:

Խնամակալ է նշանակվել խնամակալության դատարանի/շրջանային դատարանի կողմից:

Խնդրում ենք տրամադրել վերահսկողության ապացույց (նշանակման վկայական կամ ղեկավարի անձը հաստատող փաստաթուղթ):

Տեղ, ամսաթիվ	Վերահսկիչի ստորագրությունը
--------------	----------------------------

Ես հաստատում եմ, որ տեղեկատվությունը ճիշտ է:

Տեղ, ամսաթիվ	Դիմողի ստորագրությունը
--------------	------------------------

Տեղ, ամսաթիվ	Անչափահաս դիմողի օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը
--------------	---

Մշակման նշումներ (լրացվում է միայն աշխատանքի կենտրոնի կողմից)

Հաճախորդի ներկայությամբ փոփոխություններ են կատարվել հետևյալ բաժիններում.

Ձեռքերի ցուցադրում, ամսաթիվ. _____ Հաճախորդի ստորագրությունը _____

Աշխատանքի կենտրոնի այլ մեկնաբանություններ.