

# Pièce jointe

pour un enfant de moins de 15 ans dans une communauté dans le besoin



Veuillez cocher la case appropriée.



En règle générale, veuillez ne pas soumettre de documents originaux, mais plutôt des copies.



Nos vidéos explicatives vous aideront à le remplir. Des informations sur nos offres numériques, la fiche d'information SGB II et d'autres annexes à la candidature sont disponibles sur [www.jobcenter.digital](http://www.jobcenter.digital).



Vous trouverez de plus amples informations sur le numéro correspondant dans les instructions pour remplir le formulaire sur [www.arbeitsagentur.de/linien-sgb2](http://www.arbeitsagentur.de/linien-sgb2).

Les données suivantes sont soumises au secret social (voir « Fiche d'information SGB II »). Vos informations sont collectées sur la base des articles 60 à 65 du premier livre du code social (SGB I) et des articles 67a, b, c du dixième livre du code social (SGB X) pour les prestations selon le deuxième livre du Code social. le Code Social (SGB II). Vous pouvez obtenir des informations sur la protection des données auprès de l'agence pour l'emploi compétente ainsi qu'en ligne sur [www.arbeitsagentur.de/datenernahme](http://www.arbeitsagentur.de/datenernahme).

## 1. Données personnelles du demandeur

nom de famille	Prénom
date de naissance	Genre
Numéro de communauté de besoins (si disponible) Numéro de client (si disponible)	

## 2. Les informations contenues dans cette annexe se réfèrent à l'enfant suivant de moins de 15 ans années dans la communauté des besoins 4

nom de famille	Prénom
Nom de naissance (si différent)	date de naissance
Lieu de naissance	pays de naissance
Genre	nationalité
<p>► Veuillez indiquer ici la date d'entrée en Allemagne si l'enfant n'est pas allemand a la nationalité.</p>	
Date d'entrée	
Assurance pension numéro ①	<input type="checkbox"/> Le numéro d'assurance pension n'est pas encore disponible et a été demandé.

## 3. Informations personnelles

<input type="checkbox"/> Je suis lié à l'enfant. <input type="checkbox"/> Mon partenaire est lié à l'enfant. Relation familiale
<input type="checkbox"/> L'enfant vit régulièrement alternativement chez moi et chez l'autre parent.



2

IA

## Modification des notes

A remplir uniquement par Pôle Emploi

## Cachet d'entrée

Département

équipe

Numéro de client de l'enfant

## L'enfant s'est identifié

- Certificat de naissance  
 Passeport pour enfants  
 autre document d'identification (pour Exemple de carte d'identité d'enfant, titre de séjour électronique) :

Date d'expiration

Numéro AZR de l'enfant

Numéro d'identification personnel de l'enfant (pour le roumain et le bulgare ressortissants)

Données vérifiées dans STEP sur

Signe de la main, date

Les allocations pour l'enfant ont déjà été demandées ou reçues auprès d'une autre agence pour l'emploi au cours des trois dernières années.

Oui  Non

Nom de l'autre Pôle Emploi

► Si oui, veuillez fournir des preuves pertinentes (par exemple des avis).

L'enfant est bénéficiaire de la loi sur les prestations aux demandeurs d'asile. 9



Oui  Non

► Si oui, veuillez fournir les preuves pertinentes (par exemple permis de séjour, autorisation de séjour, tolérance, décision de l'Office fédéral des... Migrations et Réfugiés (BAMF)).

L'enfant est étudiant.

Oui  Non

L'enfant a commencé l'école ou devrait commencer l'école le ► Veuillez fournir une \_\_\_\_\_ .  
preuve actuelle de la date de rentrée scolaire.

Les prestations pour les besoins scolaires personnels de l'enfant pour l'année scolaire en cours ont déjà été demandées ou fournies par un autre organisme.

Oui  Non

► Si oui, veuillez fournir des preuves actuelles.

L'enfant est actuellement ou sera bientôt hospitalisé dans un établissement (par exemple un hôpital).

Oui  Non

11

Durée de l'hébergement du - au

Type d'établissement d'hospitalisation

► Si oui, veuillez fournir une attestation valide de séjour et de durée.

#### 4. Réclamations contre des tiers

L'un des parents de l'enfant vit en dehors de la communauté dans le besoin.

► Veuillez remplir la pièce jointe UH3 hors de.

L'enfant a subi des dommages à sa santé de la part d'un tiers (par exemple, accident de la route, de jeu ou de sport, erreur de traitement médical ou altercation physique).

► Merci de remplir la pièce jointe UF hors de.

Une déclaration d'engagement a été faite auprès des autorités de l'immigration ou de la mission diplomatique à l'étranger pour l'enfant. 25

Oui  Non

► Veuillez présenter la déclaration d'engagement ou les documents appropriés.

#### 5. Examen des exigences supplémentaires

► Ces informations sont facultatives et obligatoires uniquement si vous souhaitez demander des exigences supplémentaires.

L'enfant a besoin d'une alimentation coûteuse pour des raisons médicales . 14



► Merci de remplir la pièce jointe MEB hors de.

L'enfant est enceinte. 12

► Veuillez fournir un justificatif indiquant la date de livraison prévue.

► Veuillez remplir la pièce jointe UH2 hors de.

L'enfant a un besoin particulier inévitable en raison de circonstances particulières de sa vie.

17

► Veuillez remplir la pièce jointe BB hors de.

L'enfant est étudiant et il y a des frais pour les livres scolaires/cahiers d'exercices .

18

► Veuillez fournir des preuves pertinentes.

6. Assurance maladie et soins 26 ► Merci de remplir la 27

pièce jointe SV si l'enfant est assuré de manière privée ou s'il est volontairement assuré par l'assurance maladie et dépendance légale.

► Veuillez remplir la section suivante uniquement si l'enfant a déjà atteint l'âge de 14 ans. Veuillez fournir une preuve actuelle de l'assurance de l'enfant auprès de la caisse d'assurance maladie (par exemple la carte de santé électronique valide de l'enfant). Ces preuves ne seront pas conservées au dossier.

L'enfant est ou était couvert en dernier lieu par l'assurance maladie et dépendance légale.	
<input type="checkbox"/> assurance familiale.	
<input type="checkbox"/> assuré obligatoirement (par exemple en percevant une pension de survie).	
L'enfant sera obligatoirement assuré à l'avenir	
<input type="checkbox"/> l'ancienne caisse d'assurance maladie.	
<input type="checkbox"/> une autre compagnie d'assurance maladie.	
nom de l'assurance maladie	Numéro d'assurance maladie (si connu)

Je confirme que les informations sont correctes.

Lieu Date	Signature du demandeur (pour les mineurs : signature du représentant légal)
-----------	--

Notes de traitement (à compléter par Pôle Emploi uniquement)
<input type="checkbox"/> Des modifications ont été apportées aux sections suivantes en présence du client :
À main levée, date : _____ Signature du client _____
<input type="checkbox"/> Autres commentaires de Pôle Emploi :