

برنامه اصلی

درخواست بهره مندی شهروندی طبق کتاب دوم قانون اجتماعی (SGB II)



لطفاً به صورت مناسب علامت بزنید.



به عنوان یک قاعده کلی، لطفاً اسناد اصلی را ارسال نکنید، بلکه کپی کنید.



ویدیوهای توضیحی ما به شما کمک می‌کند آن را پر کنید. اطلاعات مربوط به شهادت دیجیتال ما، برگه اطلاعات SGB II و سایر ضمانت‌نامه برنامه را می‌توانید در www.jobcenter.digital بیابید. دستورالعمل‌های پر کردن فرم در linien-sgb2 بیابید. www.arbeitsagentur.de/



داده‌های زیر مشمول رازداری اجتماعی هستند (به "برگه اطلاعات SGB II" مراجعه کنید). اطلاعات شما بر اساس بخش‌های 65 - 60 کتاب اول قانون اجتماعی (SGB I) و بخش‌های a, b, c از کتاب دهم قانون اجتماعی (SGB X) برای مزایای تحت II SGB جمع‌آوری می‌شود. شما می‌توانید اطلاعات حفاظت از داده‌ها را از مرکز کار که مسئولیت شما را بر عهده دارد و همچنین به صورت آنلاین در www.arbeitsagentur.de/datenernahme دریافت کنید.

1. اطلاعات شخصی متقاضی	
نام کوچک	
تاریخ تولد	نام تولد (در صورت متفاوت بودن)
کشور محل تولد	محل تولد
ملیت	جنسیت
<input type="checkbox"/> اگر شهروند آلمانی نیستید لطفاً تاریخ ورود خود به آلمان را در اینجا وارد کنید.	
تاریخ ورود	
<input type="checkbox"/> شماره بیمه بازنشستگی هنوز در دسترس نیست و درخواست شده است.	<input type="checkbox"/> بیمه بازنشستگی شماره 1
خیابان، شماره خانه	
در صورت لزوم اقامت کنید	
محل اقامت	کد پستی
<input type="checkbox"/> 2. اطلاعات شماره تلفن و آدرس ایمیل داوطلبانه است.	
شماره تلفن	

3. وضعیت تأهل و وضعیت زندگی من

3.1 وضعیت تأهل من

متاهل بیوه مشارکت زندگی ثبت شده

از تاریخ بعد: _____

برای ماه بعد: _____

3.2 مشارکت زندگی ثبت شده

متاهل بیوه مشارکت زندگی ثبت شده

زندگی جدا از زمان: _____

طلاق گرفته از زمان: _____

مشارکت مدنی منحل شده است: _____



2

HA

در حال ویرایش یادداشت‌ها فقط توسط مرکز کار پر می‌شود

مهر ورودی

تاریخ درخواست	
شماره مشتری	
تعداد جامعه بهره‌مند	
بخش	تیم
متقاضی خود را معرفی کرده است	
<input type="checkbox"/> کارت شناسایی <input type="checkbox"/> گذرنامه <input type="checkbox"/> سایر مدارک شناسایی (برای نمونه الکترونیکی اجازه اقامت):	
معتبر تا	
شماره AZR	
شماره شناسایی شخصی (برای رومانیایی و بلغاری ملی)	
داده‌ها در STEP در بررسی شدند	
برنامه کامل شد	
ثبت آماری در	
علامت دست، تاریخ	
اسکناس‌های نقدی	
تاریخ نمایش دست اشاره کرد	
تاریخ نمایش دستی تنظیم شده	

همه پیوست‌های ذکر شده در زیر را می‌توانید در www.arbeitsagentur.de/download-sgb2 بیابید. اطلاعات زیر برای بررسی اینکه کدام افراد متعلق به جامعه نیازمندی‌ها، جامعه خانگی یا

مسئولیت هستند و

متعلق به یک جامعه 4

متعلق به یک جامعه 4

من تنها زندگی می‌کنم.

اگر تنها زندگی می‌کنید، هیچ اطلاعات بیشتری تحت 3.2 مورد نیاز نیست. لطفاً با بخش 3.3 ادامه دهید.

من زندگی می‌کنم با:

7

از آنجایی که شما برای مزایای درخواست می‌کنید، فرض بر این است که شما نمایندگی جامعه نیازهای خود را نیز بر عهده گرفته‌اید. اگر اعضای جامعه نیازمندی شما بالای 15 سال به مرکز کار اعلام کنند که می‌خواهند خودشان از منافع خود محافظت کنند، به عنوان مثال با ارسال درخواست خود (§ 38 SGB II) اعمال نمی‌شود. در اینجا هیچ اطلاعاتی در مورد افرادی که نمایندگی ندارند لازم نیست.

ورودی‌های متعددی در اینجا امکان پذیر است.

همسر من

لطفاً پیوست WEP را پر کنید بیرون از.

شریک زندگی ثبت نام شده من

لطفاً پیوست WEP را پر کنید بیرون از.

شریک من در یک جامعه مسئولیت پذیر و تعهد ("جامعه ازدواج مانند")

لطفاً پیوست WEP را پر کنید بیرون از.

فرزند (فرزند) مجرد بین 15 تا 24 سال

لطفاً یک پیوست WEP جداگانه برای هر کودک پر کنید بیرون از.

فرزند (فرزند) مجرد زیر 15 سال

لطفاً یک پیوست KI جداگانه برای هر کودک پر کنید بیرون از.

پدر و مادرم یا یکی از والدینم

اگر متقاضی زیر 25 سال هستید، لطفاً پیوست WEP را برای هر یک از والدین پر کنید بیرون از. اگر 25 سال یا بزرگتر هستید، لطفاً یک HG پیوست را برای هر والدین پر کنید.

سایر بستگان یا همسران (مانند پدربزرگ و مادر بزرگ، خواهر و برادر بالای 25 سال، افراد متاهل

بچه‌ها، خاله‌ها یا دایی‌ها)

لطفاً ضمیمه HG را برای هر فامیل/خانواده پر کنید بیرون از.

افراد دیگر (به عنوان مثال افراد دیگر در یک آپارتمان مشترک)

در صورت لزوم باید جامعه مسئولیت و تعهد بررسی شود. مرکز کار شما به شما خواهد گفت که آیا به VE پیوست نیاز دارید یا خیر

باید پر کنند

3.3 هزینه‌های اقامت و گرمایش

هزینه‌های اقامت و گرمایش را متحمل می‌شوم. لطفاً پیوست KDU را پر کنید بیرون از.

 آره خیر

14. اطلاعات شخصی متقاضی

من قبلاً در طی سه سال گذشته برای مزایای از یک مرکز کارایی دیگر درخواست داده‌ام یا از آن مزایای دریافت کرده‌ام.

 آره خیر

نام مرکز کارایی دیگر

اگر بله، لطفاً شواهد مربوطه را ارائه دهید (مثلاً اعلامیه‌ها).

از نظر سلامتی، احساس می‌کنم که به طور منظم حداقل سه ساعت در روز یک فعالیت را انجام دهم. 8

 آره خیر

من یک ذینفع تحت قانون مزایای پناهجویان هستم. 9

 آره خیر

اگر بله، لطفاً مدارک مناسب (مانند اجازه اقامت، اجازه اقامت، مدارا، تصمیم اداره فدرال مهاجرت و پناهندگان (BAMF))

من یک دانش آموز، دانشجو یا کارآموز مدرسه هستم. 10

آره خیر

مدت زمان تحصیل در مدرسه از - تا	<input type="checkbox"/> اگر بله، لطفاً مدارک فعلی (مثلاً گواهی مدرسه) را ارائه دهید.
مدت زمان تحصیل از - تا	<input type="checkbox"/> اگر بله، لطفاً مدارک فعلی (مانند گواهی ثبت نام) را ارائه دهید.
مدت زمان آموزش از - تا	<input type="checkbox"/> اگر بله، لطفاً قرارداد آموزش را ارائه دهید.
<input type="checkbox"/>	10 در طول دوره آموزشی، من در خوابگاه، مدرسه شبانه روزی، یک مرکز ویژه برای افراد دارای معلولیت یا با مربی با غذای کامل یا سایر هزینه های اقامت و وعده غذایی اسکان خواهم یافت. <input type="checkbox"/> اگر بله، لطفاً شواهد فعلی ارائه دهید.
مدت اقامت از - تا	خیر <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> من در حال حاضر یا به زودی در یک مرکز بستری (مانند بیمارستان، خانه سالمندان، کانون اصلاح و تربیت) هستم. 11 نوع تسهیلات بستری
<input type="checkbox"/> اگر بله، لطفاً گواهی معتبر اقامت و مدت زمان ارائه دهید.	

5. بررسی الزامات اضافی.

اطلاعات داوطلبانه است و فقط در صورتی لازم است که بخواهید شرایط اضافی را درخواست کنید.

<input type="checkbox"/>	من یک پدر و مادر تنها هستم.
<input type="checkbox"/>	12 من باردارم. <input type="checkbox"/> لطفاً مدرک ارائه دهید که تاریخ مورد انتظار تحویل را نشان دهد.
<input type="checkbox"/>	13 من برای تولید آب گرم غیرمتمرکز الزامات اضافی دارم (به عنوان مثال آبگرمکن/دیگ های آب آبی). 13
<input type="checkbox"/>	14 من به دلایل پزشکی نیاز به یک رژیم گران قیمت دارم. <input type="checkbox"/> لطفاً پیوست MEB را پر کنید بیرون از.
<input type="checkbox"/>	من یک معلولیت دارم و 15 دریافت می کنم • مزایای مشارکت در زندگی کاری مطابق با بخش 49 کتاب نهم قانون اجتماعی (SGB IX) یا • کمک های دیگر برای به دست آوردن شغل مناسب یا • کمک یکپارچه سازی مطابق با بخش 112 SGB IX. <input type="checkbox"/> لطفاً یک اعلان فعلی ارائه دهید.
<input type="checkbox"/>	8 من قادر به کار نیستم و مطابق بند 152 بند 5 SGB IX دارای کارت شناسایی با علامت G یا G هستم. 16 <input type="checkbox"/> لطفاً مدرک فعلی (مثلاً کارت شناسایی افراد دارای معلولیت شدید) ارائه دهید.
<input type="checkbox"/>	17 من یک نیاز ویژه اجتناب ناپذیر دارم که نمی توانم آن را از طریق پس انداز یا وسایل دیگر پوشش دهم (به عنوان مثال، هزینه های استفاده از حقوق دسترسی برای والدین جدا شده). <input type="checkbox"/> لطفاً پیوست BB را پر کنید بیرون از.
<input type="checkbox"/>	من یک دانش آموز هستم و هزینه هایی برای کتاب های مدرسه / کتاب های کار وجود دارد. 18 <input type="checkbox"/> لطفاً مدارک مربوطه را ارائه دهید.

6. درآمد 19

برای بررسی وضعیت درآمد خود، لطفاً ضمیمه EK را پر کنید بیرون از. اگر خوداشتغال هستید، لطفاً ضمیمه EKS را نیز پر کنید. هنگام ارسال درخواست، صورتحساب های بانکی باید همیشه ارسال شود. لطفاً صورتحساب بانکی سه مورد آخر را ارائه دهید

ماه ها قبل.

43

7. فورچون 20

برای ارائه خودآشنایی در مورد شرایط مالی همه افراد جامعه نیازمند، لطفاً VM پیوست را پر کنید. بیرون از.

8. وضعیت زندگی من

8.1 خدمات اولویت دار

21

از اطلاعات زیر برای بررسی اینکه آیا ممکن است ادعایی نسبت به سایر خدمات یا اشخاص ثالث وجود داشته باشد، استفاده می شود. ورودی های متعدد در اینجا امکان پذیر است. لطفاً مدارک مربوطه را ارائه دهید.

در 5 سال گذشته 22

<input type="checkbox"/>	کار داشته ام . از تا	کارفرما	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	مشمول حق بیمه تامین اجتماعی میانی کار
<input type="checkbox"/>	از تا	کارفرما	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	مشمول حق بیمه تامین اجتماعی میانی کار
<input type="checkbox"/>	خوداشتغال بودم از تا	نوع فعالیت		
<input type="checkbox"/>	من خدمت سربازی یا خدمت داوطلبانه را تکمیل کرده ام (به عنوان مثال سال اجتماعی داوطلبانه، خدمات داوطلبانه فدرال).			
<input type="checkbox"/>	من از اقوام مراقبت می کردم (مراقبت بر اساس کتاب یازدهم قانون اجتماعی).			
<input type="checkbox"/>	من مزایای جایگزینی دستمزد دریافت کرده ام (مانند مزایای بیماری، مزایای بیکاری، مزایای انتقالی، مزایای والدین).			
<input type="checkbox"/>	از تا	کارایی		
<input type="checkbox"/>	از تا	کارایی		
<input type="checkbox"/>	هیچ کدام از این نکات در مورد من صدق نمی کند. من به شرح زیر از خودم حمایت کردم (مثلاً حمایت مالی از اقوام/آشنایان، پس انداز، ارث):			

8.2 دعاوی علیه اشخاص ثالث 23

<input type="checkbox"/>	من قبلاً برای مزایای دیگر درخواست داده ام یا قصد دارم درخواست بدهم. به عنوان مثال، این موارد شامل مزایای قانون کمک آموزشی فدرال (BAföG)، کمک هزینه آموزش حرفه ای (BAB)، مزایای مسکن، مزایای بیکاری، مستمری (حقوق بازنشستگی سالمندی، بازنندگان و پایه)، مزایای بیماری، کمک هزینه کودک و مکمل فرزند می شود. .		
	نوع خدمات	تاریخ برنامه	24
<input type="checkbox"/>	تأمین کننده کمک های اجتماعی/صندوق خانواده		
لطفاً مدرک فعلی ارائه دهید.			
<input type="checkbox"/>	من علیه یک کارفرما (سابق) برای پرداخت های معوقه دستمزد یا حقوق (به عنوان مثال در صورت ورشکستگی/ورشکستگی کارفرما) یا برای دفعات پس از ترک شرکت (به عنوان مثال در صورت پرداخت های معوقه از کار) مطرح می کنم.		
	کارفرما	نشانی	
	دلیل		
لطفاً مدارک مناسب (مثلاً مکاتبات با وکیل خود یا دادگاه) ارائه دهید.			

من جدا از همسر یا شریک زندگی که ثبت نام کرده ام زندگی می کنم.

لطفاً پیوست UH1 را پر کنید بیرون از.

من طلاق گرفته ام یا مشارکت مدنی من باطل شده است.

لطفاً پیوست UH1 را پر کنید بیرون از.

من باردارم.

لطفاً پیوست UH2 را پر کنید بیرون از.

من هستم
زیر 18 سال یا

*بین 18 تا 24 سال سن دارند و در حال گذراندن دوره آموزشی مدرسه یا حرفه ای هستم یا می خواهم به زودی آن را شروع کنم و حداقل یکی از والدین خارج از جامعه مورد نیاز زندگی می کند.

لطفاً پیوست UH3 را پر کنید بیرون از.

من به سلامتی خود آسیب دیده ام که توسط شخص ثالث ایجاد شده است (مانند جراحی کار، آسیب رانندگی، آسیب بازی و غیره). تصادف ورزشی، خطای درمان پزشکی یا درگیری فیزیکی). بنابراین باید برای دریافت مزایا در مرکز کارایی اقدام کنم.

لطفاً پیوست UF را پر کنید بیرون از.

من ادعایی علیه اشخاص ثالث دارم (به عنوان مثال از ادعای پرداخت قراردادی یا ادعای خسارت).

نام ادعا

لطفاً با مدارک فعلی مدرکی دال بر ادعا ارائه دهید.

آره خیر

از طرف من یک اعلامیه تعهد به مقامات مهاجرت یا نمایندگی دیپلماتیک خارج از کشور داده شد. (25)

لطفاً اظهارنامه تعهد یا مدارک مناسب را ارائه دهید.



9. بیمه سلامت و مراقبت پرستاری 27 26

9.1 بیمه اجباری در بیمه های قانونی بهداشت و مراقبت های پرستاری

من یا اخیراً به طور اجباری یا خانوادگی تحت بیمه بهداشت و مراقبت های پرستاری قانونی بیمه شده ام یا بودم .

وقتی من مستحق مزایای شهروندی شدم، مالیم که بیمه شوم:

شرکت بیمه سلامت قبلی

نام بیمه سلامت (در صورت اطلاع)

لطفاً مدرک فعلی بیمه خود را از شرکت بیمه سلامت ارائه کنید (به عنوان مثال الکترونیکی معتبر خود کارت سلامت). این مدرک در پرونده نگهداری نخواهد شد.

یکی دیگر از شرکت های بیمه سلامت

نام بیمه سلامت

شماره بیمه درمانی (در صورت اطلاع)

لطفاً مدارک فعلی را از شرکت بیمه سلامت شرکت بیمه درمانی انتخابی خود ارائه دهید، اگر شرکت بیمه سلامت را تغییر دهید. (26)

9.2 بیمه خصوصی، داوطلبانه قانونی و مراقبت های پرستاری یا بدون بیمه درمانی

من بیمه نیستم

من بیمه خصوصی یا داوطلبانه قانونی دارم .

لطفاً پیوست SV را پر کنید ، بخش 4 .

لطفاً پیوست SV را پر کنید ، بخش 3 .

10. آموزش و مشارکت

لطفاً توجه داشته باشید که افراد زیر 25 سال ممکن است از مزایای تحصیل و مشارکت برخوردار شوند. می توانید اطلاعات بیشتر را از مرکز کار یا مقام محلی مسئول دریافت کنید.

11. مشخصات بانکی من

□ مزایای طبق SGB II معمولاً به یک حساب منتقل می شود.
صاحب حساب

IBAN 28

□ معمولاً می‌توانید IBAN را در صورت حساب حسابتان پیدا کنید.

2. خدمات الکترونیکی من 29

□ من می‌خواهم از پیشنهاد آنلاین در www.jobcenter.digital استفاده کنم و یک حساب کاربری محافظت شده با رمز عبور برای رسیدگی به مسائل مهم (مانند اطلاع‌رسانی در مورد تغییرات) تنظیم کنم.

تعهد من به همکاری افرادی که طبق SGB II درخواست یا دریافت می کنند، موظف به همکاری هستند.

به این معنی که کلیه اطلاعات موجود در درخواست و پیوست های ارسال شده برای آن باید صحیح و کامل باشد. تغییراتی که پس از ارسال درخواست رخ می دهد و ممکن است بر مزایا تأثیر بگذارد (مانند شروع کار، جابجایی) باید فوراً به مرکز کار مسئول گزارش شود. تعهدات همکاری باید توسط همه اعضای یک جامعه نیازمند رعایت شود.

اگر این تعهدات برای همکاری نقض شود، تمام مزایای بیش از حد پرداخت شده به طور کلی از همه افراد واجد شرایط در یک جامعه نیازمندی ها پس گرفته می شود. اگر افراد دیگری در جامعه مورد نیاز شما وجود دارند، شما به عنوان نماینده باید همه اعضا را هنگام پر کردن درخواست شامل کنید و اطلاعات ضروری و اطلاعات مربوط به آنها را با آنها هماهنگ کنید. لطفاً همچنین اطمینان حاصل کنید که همه اعضا تمام اطلاعات لازم (مانند اطلاعیه‌ها) را دریافت می‌کنند.

نقض تعهد به همکاری همچنین می تواند منجر به تخلفات اداری یا پیگرد کیفری علیه شخصی شود که تعهدات فوق را رعایت نکرده است. مرکز کاربری اطلاعات مربوط به درآمد و دارایی ها (مانند دستمزد، سود سرمایه، حقوق بازنشستگی) را از آژانس های مختلف با استفاده از مقایسه خودکار داده ها به دست می آورد. بنابراین، درآمد و دارایی های پنهان پس از آن به طور منظم مشخص می شود.

□ من "برگ اطلاعات - SGB II مزایای شهروندان (امنیت اولیه برای جویندگان کار)" و دستورالعمل های تکمیل آن را دریافت کرده ام و از محتوای آن اطلاع دارم. تغییرات آتی (به ویژه شرایط خانوادگی، درآمدی و مالی و همچنین میزان ظرفیت کسب درآمد شما) را بدون درخواست و بلافاصله به شما اطلاع خواهم داد.

□ یک قیم توسط دادگاه قیمومیت/دادگاه ناحیه تعیین شده است.
□ لطفاً مدرک نظارت (گواهی قرار ملاقات یا شناسه سرپرست) را ارائه دهید.

امضای ناظر	مکان تاریخ
------------	------------

من صحت اطلاعات را تایید می کنم.

امضای متقاضی	مکان تاریخ
امضای نماینده قانونی متقاضی صغیر	مکان تاریخ

یادداشت های پردازش (فقط توسط مرکز کار تکمیل شود)

□ با حضور مشتری تغییراتی در قسمت های زیر انجام شد:

نمایش دست ها، تاریخ:

امضای مشتری

□ نظرات دیگر از مرکز کاربری: