

پیوست

برای کودک زیر 15 سال در جامعه نیازمند



لطفاً به صورت مناسب علامت بزنید.



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

می توانید اطلاعات بیشتر در مورد شماره مربوطه را در

وبسایت www.arbeitsagentur.de برای کودکان و نوجوانان پیدا کنید. اطلاعات مربوط به نهادهای دیجیتال ما، برگه اطلاعات SGB II و سایر ضمانت برنامه را می

داده های 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 مطابق با کتاب دوم جمع آوری شده است. کد اجتماعی (SGB II) شما می تواند اطلاعات حفاظت از داده ها 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	بخش
جنسیت	تیم
تاریخ تولد	شماره مشتری کودک
تعداد جامعه نیازها (در صورت وجود) / شماره مشتری (در صورت وجود)	

2. اطلاعات این پیوست به کودک زیر 15 سال زیر اشاره دارد. سالها در جامعه نیازمند 4

نام کوچک	شناسنامه
نام تولد (در صورت متفاوت بودن)	پاسپورت کودکان
تاریخ تولد	سایر مدارک شناسایی (برای نمونه کارت شناسایی کودک، اجازه اقامت الکترونیکی):
کشور محل تولد	معتبر تا
محل تولد	شماره AZR کودک
جنسیت	شماره شناسایی شخصی کودک (برای رومانیایی و بلغاری (ملی)
ملیت	دادهها در STEP در بررسی شدند
تاریخ ورود	علامت دست، تاریخ
تاریخ ورود	
شماره بیمه بازنشستگی شماره 1	شماره بیمه بازنشستگی هنوز در دسترس نیست و درخواست شده است.

3. اطلاعات شخصی

<input type="checkbox"/>	من با بچه فامیل هستم.
<input type="checkbox"/>	شریک زندگی من با بچه فامیل است.
<input type="checkbox"/>	نسبت خانوادگی
<input type="checkbox"/>	کودک به طور منظم به طور متناوب در خانه من و در خانواده والدین دیگر زندگی می کند.

30



هوش مصنوعی

2

در حال ویرایش یادداشت ها فقط توسط مرکز کار پر می شود

مهر ورودی

مزایای کودک قبلاً در طی سه سال گذشته برای یک مرکز کارایی دیگر درخواست شده یا از آن دریافت شده است.

آره خیر

نام مرکز کارایی دیگر

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

بله خیر مازای پناهجویان ذینفع است. 9

اگر بله، لطفاً مدارک مربوطه را ارائه دهید (مانند اجازه اقامت، مدارا، تصمیم اداره فدرال برای... مهاجرت و پناهندگان (BAMF)).

کودک دانش آموز است.

آره خیر

کودک مدرسه را شروع کرده یا انتظار می رود در تاریخ شروع به مدرسه کند لطفاً مدرک فعلی تاریخ شروع مدرسه را ارائه دهید.

مزایای مربوط به نیازهای مدرسه شخصی کودک برای سال تحصیلی جاری قبلاً توسط آژانس دیگری درخواست شده یا ارائه شده است.

آره خیر

اگر بله، لطفاً شواهد فعلی ارائه دهید.

کودک در حال حاضر یا به زودی در یک مرکز بستری (مانند یک بیمارستان) بستری است.

آره خیر

11

مدت اقامت از - تا

نوع تسهیلات بستری

اگر بله، لطفاً گواهی معتبر اقامت و مدت زمان ارائه دهید.

4. دعاوی علیه اشخاص ثالث

یکی از والدین کودک خارج از جامعه مورد نیاز زندگی می کند.

لطفاً پیوست UH3 را پر کنید بیرون از.

کودک به دست شخص ثالث آسیب به سلامتی خود وارد کرده است (مانند تصادف، قمار یا تصادف ورزشی، خطای درمان پزشکی یا درگیری فیزیکی).

لطفاً پیوست UF را پر کنید بیرون از.

یک اعلامیه تعهد به مقامات مهاجرت یا نمایندگی دیپلماتیک در خارج از کشور برای کودک داده شد.

25

آره خیر

لطفاً اظهارنامه تعهد یا مدارک مناسب را ارائه دهید.

5. بررسی الزامات اضافی

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

کودک به دلایل پزشکی نیاز به تغذیه گران قیمت دارد. 14

لطفاً پیوست MEB را پر کنید بیرون از.

بچه حامله است. 12

لطفاً مدرکی ارائه دهید که تاریخ مورد انتظار تحویل را نشان دهد.

لطفاً پیوست UH2 را پر کنید بیرون از.

کودک به دلیل شرایط خاص زندگی یک نیاز ویژه اجتناب ناپذیر دارد. 17

لطفاً پیوست BB را پر کنید بیرون از.

کودک دانش آموز است و هزینه هایی برای کتاب های مدرسه / کتاب کار وجود دارد. 18

لطفاً مدارک مربوطه را ارائه دهید.

6. بیمه سلامت و مراقبت پرستاری □ 26 لطفاً پیوست SV را پر کنید اگر کودک بیمه خصوصی باشد یا به **بیمه** (بیمه) اطمینان از طریق بیمه بهداشتی و مراقبت پرستاری قانونی بیمه شده باشد.

□ لطفاً فقط در صورتی که کودک به سن 14 سالگی رسیده است، بخش زیر را پر کنید. لطفاً مدرک فعلی بیمه کودک را از شرکت بیمه سلامت ارائه کنید (به عنوان مثال کارت سلامت الکترونیکی معتبر کودک). این مدرک در پرونده نگهداری نخواهد شد.

<input type="checkbox"/>	کودک تحت پوشش بیمه بهداشتی و مراقبت پرستاری قانونی است یا اخیراً تحت پوشش قرار گرفته است
<input type="checkbox"/>	بیمه خانواده
<input type="checkbox"/>	بیمه شده اجباری (مثلاً با دریافت مستمری بازماندگان).
<input type="checkbox"/>	کودک در آینده بیمه اجباری خواهد شد
<input type="checkbox"/>	شرکت بیمه سلامت قبلی
<input type="checkbox"/>	یکی دیگر از شرکت های بیمه سلامت
	شماره بیمه درمانی (در صورت اطلاع) بیمه سلامت

من صحت اطلاعات را تایید می کنم.

	امضای متقاضی (برای افراد زیر سن قانونی: امضای نماینده قانونی) مکان تاریخ
--	--

<input type="checkbox"/>	یادداشت های پردازش (فقط توسط مرکز کار تکمیل شود)
<input type="checkbox"/>	با حضور مشتری تغییراتی در قسمت های زیر انجام شد:
	امضای مشتری _____ نمایش دست ها، تاریخ: _____
<input type="checkbox"/>	نظرات دیگر از مرکز کارایی: