

## منسلکہ

ضرورت مند کمیونٹی میں 15 سال سے کم عمر کے بچے کے لیے



براہ کرم مناسب طور پر ٹک کریں۔



عام اصول کے طور پر، براہ کرم اصل دستاویزات جمع نہ کریں، بلکہ کاپیاں جمع کریں۔



آپ 2 www.arbeitsagentur.de/linien-sgb2 پر فارم پُر  
ہماری وضاحتی ویڈیوز اسے پُر کرنے میں آپ کی مدد کریں گی۔ یہاں تک کہ آپ کے پاس سب سے زیادہ  
کرنے کی ہدایات میں متعلقہ نمبر کے بارے میں مزید  
درخواست کے دیگر ضمیمے  
معلومات حاصل کر سکتے ہیں۔  
www.jobcenter.digital پر مل سکتے ہیں۔



درج ذیل ڈیٹا سماجی رازداری سے مشروط ہے (دیکھیں "انفارمیشن شیٹ" (SGB II) آپ کی معلومات سماجی ضابطہ کی پہلی کتاب (SGB I) کے سیکشن 65 - 60 اور سوشل کوڈ کی دسویں کتاب (SGB X) کے سیکشن c, b, 67a کی بنیاد پر جمع کی گئی ہیں سماجی ضابطہ (SGB II) آپ اپنے ذمہ دار جاب سنٹر سے ڈیٹا کے تحفظ کی معلومات حاصل کر سکتے ہیں اور  
www.arbeitsagentur.de/datenernahme پر آن لائن بھی۔

1. درخواست گزار کا ذاتی ڈیٹا

|                                                                        |                   |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| پیدائشی نام                                                            | شعبہ              |
| تاریخ پیدائش                                                           | ٹیم               |
| صنف                                                                    | بچے کا کسٹمر نمبر |
| ضروریات کی کمیونٹی کی تعداد (اگر دستیاب ہو) کسٹمر نمبر (اگر دستیاب ہو) |                   |

2. اس ضمیمہ میں دی گئی معلومات کا حوالہ 15 سال سے کم عمر کے درج ذیل بچے سے ہے۔

ضروریات کمیونٹی میں سال 4

|                                                                                                            |                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| پیدائشی نام                                                                                                | پیدائش کا سرٹیفکیٹ                                                       |
| تاریخ پیدائش                                                                                               | بچوں کا پاسپورٹ                                                          |
| پیدائش کا نام (اگر مختلف ہو)                                                                               | دیگر شناختی دستاویز (کے لیے)                                             |
| وطن پیدائش                                                                                                 | مثال چائلڈ شناختی کارڈ، الیکٹرانک رہائشی اجازت نامہ):                    |
| جائے پیدائش                                                                                                | خاتمے کی تاریخ                                                           |
| صنف                                                                                                        | بچے کا AZR نمبر                                                          |
| قومیت                                                                                                      | بچے کا ذاتی شناختی نمبر (رومانیہ اور بلغاریہ کے لیے شہری)                |
| □ اگر بچہ جرمن نہیں ہے تو براہ کرم جرمنی میں داخلے کی تاریخ یہاں درج کریں۔<br>قومیت ہے؟<br>اندراج کی تاریخ |                                                                          |
| پنشن انشورنس نمبر 1                                                                                        | □ پنشن انشورنس نمبر ابھی دستیاب نہیں ہے اور اس کے لیے درخواست دی گئی ہے۔ |

3. ذاتی معلومات

|                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|
| □ میرا تعلق بچے سے ہے۔                                              |
| □ میرے ساتھی کا تعلق بچے سے ہے۔                                     |
| □ خاندانی رشتہ                                                      |
| □ بچہ باقاعدگی سے میرے گھر میں اور دوسرے والدین کے گھر میں رہتا ہے۔ |

30



2

اے آئی

نوٹوں میں ترمیم کرنا  
صرف جاب سنٹر سے پُر کیا جائے۔

انٹری سٹیمپ

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| بچے نے اپنی شناخت کر لی ہے۔                               |
| پیدائش کا سرٹیفکیٹ                                        |
| بچوں کا پاسپورٹ                                           |
| دیگر شناختی دستاویز (کے لیے)                              |
| مثال چائلڈ شناختی کارڈ، الیکٹرانک رہائشی اجازت نامہ):     |
| خاتمے کی تاریخ                                            |
| بچے کا AZR نمبر                                           |
| بچے کا ذاتی شناختی نمبر (رومانیہ اور بلغاریہ کے لیے شہری) |
| ڈیٹا کو STEP آن میں چیک کیا گیا۔                          |
| ہاتھ کا نشان، تاریخ                                       |

بچے کے لیے وظائف پچھلے تین سالوں میں پہلے ہی کسی دوسرے جاب سینٹر کے لیے درخواست دے چکے ہیں یا وصول کر چکے ہیں۔

جی ہاں  نہیں

دوسرے جاب سینٹر کا نام

اگر ہاں، تو براہ کرم متعلقہ ثبوت فراہم کریں (مثلاً نوٹس)۔

زہرا نلم بلینکریٹ بینیفٹ ایکٹ کے تحت بچہ فائدہ اٹھانے والا ہے۔ 9

اگر ہاں، تو براہ کرم متعلقہ ثبوت فراہم کریں (مثلاً رہائشی اجازت نامہ، رہائشی اجازت نامہ، رواداری، فیڈرل آفس سے فیصلہ...  
ہجرت اور پناہ گزین۔ (BAMF))

بچہ طالب علم ہے۔

جی ہاں  نہیں

بچے نے اسکول شروع کیا یا اس سے اسکول شروع ہونے کی توقع ہے  براہ کرم اسکول شروع ہونے کی تاریخ کا موجودہ ثبوت فراہم کریں۔

موجودہ تعلیمی سال کے لیے بچے کی ذاتی اسکول کی ضروریات کے لیے فوائد پہلے ہی کسی دوسری ایجنسی کے لیے درخواست دے چکے ہیں یا فراہم کیے گئے ہیں۔

جی ہاں  نہیں

اگر ہاں، تو براہ کرم موجودہ ثبوت فراہم کریں۔

بچہ فی الحال داخل ہو گا یا جلد ہی داخل ہو جائے گا (مثلاً ہسپتال)۔

جی ہاں  نہیں

11

رہائش کی مدت - سے

داخل مریضوں کی سہولت کی قسم

اگر ہاں، تو براہ کرم قیام اور مدت کا ایک درست سرٹیفکیٹ فراہم کریں۔

4. فریق ثالث کے خلاف دعوے

بچے کے والدین میں سے ایک ضرورت مند کمیونٹی سے باہر رہتا ہے۔

براہ کرم منسلکہ UH3 پُر کریں۔ سے باہر

بچے کو کسی تیسرے فریق کے ہاتھوں ان کی صحت کو نقصان پہنچا ہے (مثلاً ٹریفک، جوا یا کھیل کا حادثہ، طبی علاج کی غلطی یا جسمانی جھگڑا)۔

براہ کرم UF منسلکہ کو پُر کریں۔ سے باہر

بچے کے لیے امیگریشن حکام یا بیرون ملک سفارتی مشن سے وابستگی کا اعلان کیا گیا۔

جی ہاں  نہیں

25

براہ کرم عزم کا اعلان یا مناسب دستاویزات پیش کریں۔

5. اضافی ضروریات کا امتحان

یہ معلومات رضاکارانہ ہے اور صرف اس صورت میں درکار ہے جب آپ اضافی ضروریات کی درخواست کرنا چاہتے ہیں۔

بچے کو طبی وجوہات کی بنا پر مہنگی غذائیت کی ضرورت ہوتی ہے۔ 14

براہ کرم MEB منسلکہ کو پُر کریں۔ سے باہر

بچہ حاملہ ہے۔ 12

براہ کرم ڈیلیوری کی متوقع تاریخ کا ثبوت فراہم کریں۔

براہ کرم منسلکہ UH2 پُر کریں۔ سے باہر

بچے کی زندگی کے ایک خاص حالات کی وجہ سے ایک ناگزیر خصوصی ضرورت ہوتی ہے۔ 17

براہ کرم منسلکہ BB کو پُر کریں۔ سے باہر

بچہ ایک طالب علم ہے اور اسکول کی کتابوں / ورک بک کے اخراجات ہیں۔ 18

براہ کرم متعلقہ ثبوت فراہم کریں۔

6. صحت اور نرسنگ کیئر انشورنس 26 براہ کرم SV منسلکہ کو پُر کریں۔ اگر بچہ نچی طور پر بیمہ شدہ ہے یا قانونی صحت اور نرسنگ کیئر انشورنس کے ذریعے رضاکارانہ طور پر بیمہ کیا گیا ہے۔

ابراہ کرم مندرجہ ذیل حصے کو صرف اس صورت میں پُر کریں جب بچہ پہلے ہی 14 سال کی عمر کو پہنچ چکا ہو۔ برائے مہربانی بیلٹھ انشورنس کمپنی سے بچے کی بیمہ کا موجودہ ثبوت فراہم کریں (مثلاً بچے کا درست الیکٹرانک بیلٹھ کارڈ)۔ اس ثبوت کو فائل میں نہیں رکھا جائے گا۔

|                          |                                                                                            |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | بچہ قانونی صحت اور نرسنگ نگہداشت کی بیمہ میں شامل ہے یا اس کا حال ہی میں احاطہ کیا گیا ہے۔ |
| <input type="checkbox"/> | خاندانی انشورنس۔                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | لازمی طور پر بیمہ شدہ (مثال کے طور پر زندہ بچ جانے والے کی پنشن حاصل کر کے)۔               |
| <input type="checkbox"/> | مستقبل میں بچے کی لازمی بیمہ کرائی جائے گی۔                                                |
| <input type="checkbox"/> | پچھلی بیلٹھ انشورنس کمپنی۔                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | ایک اور بیلٹھ انشورنس کمپنی۔                                                               |
|                          | بیلٹھ انشورنس نمبر (اگر معلوم ہو) بیلٹھ انشورنس کا نام                                     |

میں تصدیق کرتا ہوں کہ معلومات درست ہیں۔

|  |                                                                  |
|--|------------------------------------------------------------------|
|  | درخواست گزار کے دستخط (نابالغوں کے لیے: قانونی نمائندے کے دستخط) |
|  | جگہ، تاریخ                                                       |

|                          |                                                         |
|--------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | پروسیسنگ نوٹس (صرف جاب سینٹر کے ذریعے مکمل کیا جائے گا) |
| <input type="checkbox"/> | گاہک کی موجودگی میں درج ذیل حصوں میں تبدیلیاں کی گئیں:  |
|                          | گاہک کے دستخط _____                                     |
|                          | باتھوں کی نمائش، تاریخ: _____                           |
| <input type="checkbox"/> | جاب سینٹر سے دیگر تبصرے:                                |