

## مرفق

التأمين الاجتماعي لمتلقي إعانة المواطن



يرجى وضع علامة عند الاقتضاء.



كقاعدة عامة، يرجى عدم تقديم المستندات الأصلية، بل نسخاً منها.



على الموقع الإلكتروني [www.jobcenter.de](http://www.jobcenter.de) يمكنك العثور على المعلومات حول عروضنا الرقمية، وورقة المعلومات SGB II  
الوثيقة التي تحتوي على النموذج على [www.arbeitsagentur.de/nachrichten-sgb2](http://www.arbeitsagentur.de/nachrichten-sgb2)



تخضع البيانات التالية للسرية الاجتماعية (راجع "ورقة المعلومات (SGB II") يتم جمع معلوماتك بناءً على الأقسام 65 - 60 من الكتاب الأول من القانون الاجتماعي (SGB I) والأقسام 67، ج من الكتاب العاشر من القانون الاجتماعي (SGB X) للحصول على المزايا وفقاً للكتاب الثاني من القانون الاجتماعي. القانون الاجتماعي (SGB II) يمكنك الحصول على معلومات حماية البيانات من مركز العمل المسؤول عنك وأيضاً عبر الإنترنت على [www.arbeitsagentur.de/datenernahme](http://www.arbeitsagentur.de/datenernahme).

1. البيانات الشخصية لمقدم الطلب

تعليم الأول

اسم العائلة	تاريخ الميلاد
عدد مجتمع الاحتياجات (إن وجد)	

2. تشير المعلومات الواردة في هذا الملحق إلى الشخص التالي:

مجتمع الحاجة 4

لتعليم الأول

اسم العائلة	تاريخ الميلاد
رقم التعريف الضريبي	
<input type="checkbox"/> يتم طلب رقم التعريف الضريبي لأنه يجب الإبلاغ عن إعانات التأمين الصحي وتأمين الرعاية التمريضية التي يدفعها مركز العمل إلى السلطات الضريبية (الفقرة 10 الفقرة 4 ب الجمل من 4 إلى 6 من قانون ضريبة الدخل). يتم إجراء الاستعلام حصراً لهذا الغرض.	

3. التأمين الصحي والرعاية التمريضية تقدم بطلب للحصول على إعانة للمساهمات في التأمين الصحي والرعاية التمريضية.

<input type="checkbox"/>	اسم العائلة	رقم التأمين الصحي
	شركة التأمين الصحي	رقم التأمين
اسم الشخص المؤمن عليه		
المؤسسة المالية لشركة التأمين الصحي		
رقم الحساب المصرفي الدولي (IBAN) الخاص بحساب التأمين الصحي		
المبلغ الشهري		
مسئلة التأمين باليورو		
المبلغ الشهري للمساهمة في التعريف الأساسية باليورو (فقط للتأمين الخاص)		
<input type="checkbox"/> يرجى تقديم ما يثبت الإخطار الحالي بمبلغ المساهمة الشهرية <input type="checkbox"/> بالنسبة للتأمين الصحي والتمريضي، وكذلك التأمين الخاص، إثبات المساهمة التي ستدفعها في التعريف الأساسية.		



2

SV

تحرير الملاحظات  
يتم ملؤها من قبل مركز العمل فقط

ختم الدخول

قسم

فريق



شهادة المساهمة



شهادة المساهمة بالتعريف الأساسية

27 4.التأمين الصحي والرعاية التمريضية إذا كان متوفراً وقت تقديم الطلب  
مصلحة المواطن لا يوجد تأمين

يرجى ملء القسم التالي فقط إذا لم يكن لديك أنت أو الشخص الآخر حالياً تأمين قانوني إلزامي أو تأمين عائلي أو تأمين رعاية صحية وتمريضية طوعية أو خاصة .

لقد حصلت أنا أو الشخص الآخر مؤخراً على تأمين صحي خاص.

أنا أو الشخص الآخر هو أو كان الأخير

-يعمل لحسابه الخاص بدوام كامل أو -مؤمن عليه أو يحق له الحصول على مزايا في حالة المرض وفقاً للوائح أو مبادئ الخدمة المدنية (مثل موظفي الخدمة المدنية والجنود المؤقتين والجنود المحترفين).

أن أكون أنا أو الشخص الآخر قد بلغنا سن 55 عامًا ولم يكن مؤمناً قانوناً خلال الخمس سنوات الأخيرة قبل الحصول على عائدة المواطن

كان لمدة عامين ونصف على الأقل

-معفى من التأمين أو -معفى من التأمين الإجباري أو -غير خاضع للتأمين بسبب ممارسة نشاط حر بدوام كامل.

إذا كان أحد الشروط المذكورة أعلاه ينطبق عليك أو على الشخص الآخر، فيحق للشخص المعني ذلك لا يشترط على الشخص الحصول على تأمين صحي وتمريضي بسبب حصوله على عائدة المواطن.

ومع ذلك، يمكنك التقدم بطلب للحصول على إعانة بموجب القسم 3 إذا قمت أنت أو الشخص الآخر بتأمين نفسك بشكل خاص أو طوعي في التأمين الصحي القانوني. إذا كانت المتطلبات المذكورة أعلاه لا تنطبق عليك أو على الشخص الآخر، فهذا ينطبق بشكل عام

التأمين الإلزامي بسبب استلام منفعة المواطن. يرجى اختيار شركة تأمين صحي قانونية وتقديم شهادة عضويتك في غضون أسبوعين.

شهادة العضوية

منتشور "الدعم  
كيلو فولت/بف".

لقد تلقيت منشور "دعم اشتراكات التأمين للتأمين الصحي وتأمين الرعاية التمريضية (المادة "26 SGB II) وأعرف محتوياته.

لقد أبلغت بحقي في التحول إلى التعريف الأساسية. لقد أفرت بأنه إذا كنت مؤمناً في خطة تأمين صحي ورعاية تمريضية مع خصم ونقبت في هذه الخطة، فسوف يتعين علي أن أحمل الخصومات بنفسى وقد يؤدي ذلك إلى أعباء مالية بالنسبة لي.

لقد علمت أنه، كشخص لديه تأمين صحي وتأمين رعاية تمريضية خاص، سيتعين علي دفع جزء المساهمة الذي يزيد عن نصف التعريف الأساسية إذا لم أستفيد من خيار التحول إلى التعريف الأساسية .

المكان والتاريخ

توقيع صاحب التأمين

(للقاصرين: توقيع الممثل القانوني)

نشرة LB "بدون  
كيلو فولت/بف".

لقد قرأت "ورقة المعلومات لمن يحق لهم الحصول على مزايا بدون تأمين صحي وتأمين تمريضي" وأطلعت على الالتزام القانوني بتأمين نفسي ضد مخاطر المرض والرعاية التمريضية، وكذلك عواقب عدم التأمين.

المكان والتاريخ

توقيع الشخص غير المؤمن عليه (للقاصرين: توقيع الممثل القانوني)

في التالي  
كانت الأقسام في  
حضور العميل  
التغييرات التي تم إجراؤها على العملاء:

علامة اليد، التاريخ

أؤكد أن المعلومات صحيحة.

المكان والتاريخ

توقيع مقدم الطلب (للقاصرين: توقيع الممثل القانوني)

توقيع العميل