

## پیوست

بیمه اجتماعی برای دریافت کنندگان مزایای شهروندی



لطفاً به صورت مناسب علامت بزنید.



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



در [www.jobcenter.de](http://www.jobcenter.de) می‌توانید اطلاعاتی دربارهٔ هزینه‌ها، بازه‌ها، شرایط دیجیتال ما، برگه اطلاعات SGB II و سایر ضمانت‌ها و شرایط دریافت خدمات را پیدا کنید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به [www.arbeitsagentur.de/nachrichten-sgb2](http://www.arbeitsagentur.de/nachrichten-sgb2) مراجعه کنید.



داده‌های زیر مشمول بازدهی 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 جمع‌آوری شده است. کد اجتماعی (SGB II) شما می‌تواند 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](http://www.arbeitsagentur.de/datenernahme) دریافت کنید.

1. اطلاعات شخصی متقاضی

نام کوچک/کتاب	
نام خانوادگی	تاریخ تولد
تعداد جامعه نیاز (در صورت وجود)	

2. اطلاعات این ضمیمه به شخص زیر اشاره دارد:

جامعه نیاز 4

نام کوچک/کتاب

نام خانوادگی	
تاریخ تولد	
شماره شناسایی مالیاتی	
شماره شناسایی مالیاتی درخواست می‌شود زیرا پارانه‌های بیمه مراقبت‌های بهداشتی و پرستاری پرداخت شده توسط مرکز کار باید به مقامات مالیاتی گزارش شود (بند 10 بند 4 ب جمله‌های 4 تا 6 قانون مالیات بر درآمد). پرس و جو منحصرراً برای این منظور ساخته شده است.	

3. برای بیمه مراقبت‌های بهداشتی و پرستاری من درخواست پارانه برای کمک به بیمه مراقبت‌های بهداشتی و پرستاری دارم.

<input type="checkbox"/>	شماره بیمه سلامت / شماره بیمه
نام خانوادگی	شماره بیمه سلامت
نام شخص بیمه شده	
موسسه مالی شرکت بیمه سلامت	
IBAN حساب بیمه سلامت	
مبلغ ماهانه از	سهم بیمه‌گذار قلمرو پرستاری به یورو
مبلغ ماهانه سهم در تعرفه پایه به یورو (فقط برای بیمه خصوصی)	

لطفاً مدتی مبنی بر اطلاعیه فعلی مبلغ کمک ماهانه ارائه دهید

برای بیمه درمانی و مراقبت‌های پرستاری، و همچنین برای بیمه خصوصی، اثبات سهمی که باید در تعرفه پایه پرداخت کنید.



2

SV

ویرایش یادداشت‌ها  
فقط توسط مرکز کار پر می‌شود

مهر ورودی



گواهی مشارکت



گواهی مشارکت برای تعرفه پایه

27 4. بیمه سلامت و مراقبت پرستاری در صورت وجود در زمان درخواست مزایای شهروندی هیچ بیمه ای وجود ندارد

لطفاً فقط در صورتی بخش زیر را پر کنید که شما یا شخص دیگری در حال حاضر نه بیمه قانونی اجباری یا خانواده دارید و نه بیمه خدمات درمانی و پرستاری داوطلبانه یا خصوصی .

من یا شخص دیگری که اخیراً بیمه درمانی خصوصی داشتیم.  
من هستم یا شخص دیگر آخرین است یا بوده است  
-خوداشتغالی تمام وقت یا -بیمه شده یا مستحق مزایای در صورت بیماری مطابق با مقررات یا اصول خدمات کشوری (مانند کارمندان دولت، سربازان موقت و سربازان حرفه ای).

من یا شخص دیگر به سن 55سالگی رسیده ایم و در پنج سال گذشته قبل از دریافت کمک شهروندی بیمه نامه قانونی نداشته ایم.  
حداقل برای دو سال و نیم بود  
-معاف از بیمه یا -معاف از بیمه اجباری یا -غیر مشمول بیمه به دلیل انجام فعالیت تمام وقت خوداشتغالی.

اگر یکی از شرایط ذکر شده در مورد شما یا شخص دیگر صدق می کند، شخص مربوطه حق دارد از آن استفاده کند.  
به دلیل دریافت کمک شهروندی، فرد ملزم به داشتن بیمه درمانی و پرستاری نمی باشد.  
با این حال، اگر شما یا شخص دیگر خود را به طور خصوصی یا داوطلبانه در بیمه درمانی قانونی بیمه کنید، می توانید طبق بند 3درخواست یارانه بدهید. اگر شرایط ذکر شده در مورد شما یا شخص دیگر صدق نمی کند ، این به طور کلی اعمال می شود  
بیمه اجباری به دلیل دریافت سود شهروندی، لطفاً یک شرکت بیمه درمانی قانونی را انتخاب کنید و گواهی عضویت خود را ظرف دو هفته ارائه دهید.

من جزوه "یارانه کمک های بیمه برای بیمه مراقبت های بهداشتی و پرستاری" (§ 26 SGB II) را دریافت کرده ام و از محتوای آن اطلاع دارم.  
من از حق تغییر به تعرفه پایه مطلع شدم. اذعان داشته ام که اگر در طرح بیمه سلامت و پرستاری با فرانشیز بیمه شوم و در این طرح باقی بمانم، خودم باید این فرانشیز را متحمل شوم و ممکن است بار مالی برایم به همراه داشته باشد.  
به اطلاع می رسانم که به عنوان یک فرد دارای بیمه خصوصی خدمات درمانی و پرستاری، در صورت عدم استفاده از گزینه تغییر به تعرفه پایه، باید بخشی از حق بیمه را که بیش از نصف تعرفه پایه است بپردازم.

امضای صاحب بیمه  
(برای افراد زیر سن قانونی: امضای نماینده قانونی)

مکان تاریخ

"برگه اطلاعات مشمولین مزایای بدون بیمه درمانی و مراقبت پرستاری" را مطالعه کرده و از الزام قانونی بیمه کردن خود در برابر خطر بیماری و مراقبت پرستاری و همچنین عواقب بیمه نشدن مطلع شدم.

امضای شخص فاقد بیمه (برای افراد زیر سن قانونی: امضای نماینده قانونی)

مکان تاریخ

من صحت اطلاعات را تایید می کنم.

امضای متقاضی (برای افراد زیر سن قانونی: امضای نماینده قانونی)

مکان تاریخ

### ویرایش یادداشت ها

فقط توسط مرکز کار پر می شود

گواهی عضویت

جزوه «یارانه KV/PV».

جزوه "LB" بدون KV/PV".

در ادامه مطلب بخش ها در بودند حضور مشتری تغییرات مشتری انجام شده:

علامت دست، تاریخ

امضای مشتری