

ВК ЛАДЕННЯ

Соц альне с трах ування одержувач в допомог и г ромадянам



Будь ласка в дзнатте в двох дне.



Як правило, надсилайте не оригінали документів, а їх копії.

На сайті www.jo.bcn.ter.digital ви можете

знайти інформацію про наш цифровий пропозиційний листок SGB I та інші додатки до заявки.

Наступні дані для анкети суспільної таємниці (див. «Інформаційний лист SGB I»). Ваша інформація збирається на основі розділів 60-65 Першої книги і Соціального кодексу (SGB I) розділів 67a, b, c Десятої книги і Соціального кодексу (SGB X) щодо двох до Другої книги і Соціального кодексу Соціального кодексу (SGB I). Ви можете отримати інформацію про запити даних у центр зайнятості, який в двох днів за вас, а також онлайн за адресою www.arbeitsagentur.de/daten-ernahme.



Для отримання додаткової інформації дивіться в дводенний номер в інструкції щодо

заповнення форми на www.arbeitsagentur.de/nachrichten-sf2.

1. Персональні дані заявника

Прізвище	Ім'я
прізвище	дата народження
Номер спільної потреби (за наявності)	

2. Інформація в цьому додатку стосується такої особи:

Спільна потреба 4

Прізвище	Ім'я
прізвище	дата народження
Ідентифікаційний податковий номер	
Ідентифікаційний податковий номер запитуються, оскільки субсидія на медичне страхування та догляд за доглядом, як виплачує центр зайнятості, повинні повідомлятися податковим органам (§ 10 абзац 4b речення 4-6 З акону про податок на прибутки). Запит зроблено виключно для цієї мети.	

3. Субсидія на медичне страхування та страхування

53

<input type="checkbox"/>	медсестринський огляд Я звертаюся за субсидією на внески на медичне страхування та страхування медсестринського огляду.
Прізвище медична страхова компанія	Номер медичного страхування/ страховий номер
ПІБ застрахованої особи	
Фінансову становлять кар'єрні страхові компанії	
IBAN рахунку медичного страхування	
Щомісячна сума Внесок на медичне страхування в Євро	Щомісячна сума Страховий внесок по догляду за хворими в Євро
Місячна сума внеску в базовому тарифі в Євро (тільки для приватного страхування)	

Будь ласка, надіть підтвердження поточного повідомлення про суму щомісячного внеску для страхування здоров'я та догляду за хворими, а також для приватного страхування, підтвердження внеску, який ви сплачуєте за новим тарифом.



СВ

2

Редагування нотаток

Заявник/які центри зайнятості

Вхідний штамп

В Д Д

Команда

 Св доцтво про внесок Сертифікат внеску на базовий тариф

4. Медичне страхування та страхування медсестер, якщо таке є на момент подачі заявки

27

Громадянин/ка допоміг/ла страхування не є

Будьласка, заповніть наступний розділ, лише якщо ви або інша особа наразі не маєте ан обов'язкового державного чи с/мейного страхування, ан добровільного чи приватного страхування здоров'я та догляду за хворими.

Якщо інша особа нещодавно мала приватне медичне страхування.

Якщо інша особа є або була ос танньою

- с/амозайнят повний робочий день або -

зас/страхуван чи має право на допомогу у раз х/вороби в /дпов/дно до положень або принцип в державної служби (наприклад, державн/службовц, тимчасов в/йськ/овос/лужбовц та профес/йн в/йськ/овос/лужбовц).

Якщо інша особа до 55-р/чного в/ку не була юридично зас/страхована протягом ос/танн/х/п/яти рок/в перед отриманням/г/ромадянськ/ї/допомог/и було щнайменше два з половиною роки

- зв/льнен в/д/страхування

або - зв/льнен в/д/обов'язкового страхування або -

не п/для а/в/страхуванню зв'язку з/д/йсненням с/амост/йної п/дприємницьк/ї д/яльності повний робочий день.

Якщо одна з вищезазначених умов стос/ується вас або іншої/особи, в/дпов/дно до положень або має право на це

Особа зобов'язана мати медичне страхування та страхування по догляду за хворими зв'язку з отриманням/г/ромадянськ/ї/допомог/и.

Однак ви можете подати заявку на отримання субсидії в/дпов/дно до розд/лу 3, якщо ви або інша особа зас/страхує себе приватно або добровільно в/систем/загальноо

медичного страхування. Якщо вище зазначен вимоги не стос/уються вас чи іншої/особи, це зазвичай зас/тос/ується

Обов'язкове страхування зв'язку з отриманням/г/ромадянськ/ї/допомог/и громадянам. Будьласка, вибер/ть

державну медичну страхуван компан/ю/надайте с/воє в/доц/тво про членств/о протягом двох тижн/в.

Я отримав/листу «Субсидія на страхування внески на медичне страхування та страхування медсестер (§ 26 SGB I I)» знаю/ї/зм/ст.

Я по/нформований/про с/воє право перех/оду на базовий тариф. Я визнаю, що якщо зас/страхований у

програму страхування здоров'я та медсестринського догляду з франшизою/та залишаю/учасником

ц/ьог/оплану, мен/доведеться с/амост/йно оплачувати франшизу, це може призвести до ф/нанс/овог/отяг/аря для мене.

Мене пов/домили, що якщо особа, яка має приватне страхування здоров'я та медичного страхування, мен/

доведеться с/планувати частину внеску, яка перевищує половину базовог/отарифу, якщо не скористаю/я

можлив/стю перех/оду на базовий тариф.

М/с/це, дата

П/д/пис страхувальника

(для неповнол/тн/х: п/д/пис законног/о предс/тавника)

Я прочитав «Інформаційний лист для тих, хто має право на допомогу без медичного страхування та медсестринського страхування», отримав/нформац/ю про юридичний обов'язок зас/страхувати себе в/дризикую/х/вороби та медсестринського догляду, а також про насл/дки в/дсутност/страхування.

М/с/це, дата

П/д/пис незас/страхованої/особи (для

неповнол/тн/х: п/д/пис законног/о предс/тавника)

Я п/дтверджую, що інформац/я правильна.

М/с/це, дата

П/д/пис заявника (для неповнол/тн/х: п/д/пис законног/о предс/тавника)

Р/еда/ування нотаток

З/аповн/є/я т/л/ки ц/ентром зайнятост/

Сертиф/кат членств/а

Лист/вка «Субсидія КВ/ПВ».

Лист/вка «ЛБ без КВ/ПВ».

У наступному Розділі були в/Присутн/сть замовника Внесен/зм/ни замовником:

Р/учний знак, дата

П/д/пис замовника