

Kurzantrag - Grundsicherung für Arbeitssuchende – (SGB II) / Заява на отримання соціальної допомоги згідно з Другою книгою Кодексу соціального права (SGB II) для шукачів роботи

Hinweis: Das folgende Formular muss auf Deutsch ausgefüllt werden. / Примітка: Наступна форма повинна бути заповнена німецькою мовою.

Beantragt werden hiermit Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II frühestens **ab dem 01.06.2022** für die folgenden Personen. / Отримати соціальну допомогу згідно з Другою книгою Кодексу соціального права (SGB II) можна не раніше ніж **01.06.2022** для наступних осіб

A. Persönliche Daten / Особисті дані

	1. Antragsteller/in Заявник	2. Weitere Person Додаткова особа <input type="checkbox"/> Partner(in) oder / Партнер(ка) або <input type="checkbox"/> Kind/ Дитина	3. Kind Дитина	4. Kind Дитина
Nachname/ Прізвище				
Vorname/ Ім'я				
Geburtsname/ дівоче прізвище або прізвище при народженні				
Geburtsort/ Місце народження				
Geschlecht/ Стать	<input type="checkbox"/> weiblich / жіноча <input type="checkbox"/> männlich / чоловіча <input type="checkbox"/> divers / третя стать	<input type="checkbox"/> weiblich / жіноча <input type="checkbox"/> männlich / чоловіча <input type="checkbox"/> divers / третя стать	<input type="checkbox"/> weiblich / жіноча <input type="checkbox"/> männlich / чоловіча <input type="checkbox"/> divers / третя стать	<input type="checkbox"/> weiblich / жіноча <input type="checkbox"/> männlich / чоловіча <input type="checkbox"/> divers / третя стать
Geburtsdatum/ дата народження				
Familienstand/ Сімейний стан	<input type="checkbox"/> ledig Неодружений / незаміжня <input type="checkbox"/> verheiratet одружений / одружена <input type="checkbox"/> verwitwet Вдова / вдівець <input type="checkbox"/> geschieden розлучений / розлучена	<input type="checkbox"/> ledig Неодружений / незаміжня <input type="checkbox"/> verheiratet одружений / одружена <input type="checkbox"/> verwitwet Вдова / вдівець <input type="checkbox"/> geschieden розлучений / розлучена	<input type="checkbox"/> ledig Неодружений / незаміжня <input type="checkbox"/> verheiratet одружений / одружена <input type="checkbox"/> verwitwet Вдова / вдівець <input type="checkbox"/> geschieden розлучений / розлучена	<input type="checkbox"/> ledig Неодружений / незаміжня <input type="checkbox"/> verheiratet одружений / одружена <input type="checkbox"/> verwitwet Вдова / вдівець <input type="checkbox"/> geschieden розлучений / розлучена
Einreisedatum Deutschland/ Дата в'їзду в Німеччину				
Staatsangehörigkeit /Громадянство	<input type="checkbox"/> ukrainisch / українська <input type="checkbox"/> Sonstiges /інший _____	<input type="checkbox"/> ukrainisch / українська <input type="checkbox"/> Sonstiges /інший _____	<input type="checkbox"/> ukrainisch / українська <input type="checkbox"/> Sonstiges /інший _____	<input type="checkbox"/> ukrainisch / українська <input type="checkbox"/> Sonstiges /інший _____
Aufenthaltsstatus/ Правова підстава перебування	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach § 24 AufenthG bis _____ / дозвіл на проживання згідно із § 24 AufenthG до _____	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach § 24 AufenthG bis _____ / дозвіл на проживання згідно із § 24 AufenthG до _____	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach § 24 AufenthG bis _____ / дозвіл на проживання згідно із § 24 AufenthG до _____	<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach § 24 AufenthG bis _____ / дозвіл на проживання згідно із § 24 AufenthG до _____

	<input type="checkbox"/> Fiktionsbescheinigung bei Antrag auf § 24 AufenthG bis _____ / Підтвердження про тимчасовий дозвіл на проживання згідно з § 24 AufenthG до _____ (Fiktionsbescheinigung)	<input type="checkbox"/> Fiktionsbescheinigung bei Antrag auf § 24 AufenthG bis _____ / Підтвердження про тимчасовий дозвіл на проживання згідно з § 24 AufenthG до _____ (Fiktionsbescheinigung)	<input type="checkbox"/> Fiktionsbescheinigung bei Antrag auf § 24 AufenthG bis _____ / Підтвердження про тимчасовий дозвіл на проживання згідно з § 24 AufenthG до _____ (Fiktionsbescheinigung)	<input type="checkbox"/> Fiktionsbescheinigung bei Antrag auf § 24 AufenthG bis _____ / Підтвердження про тимчасовий дозвіл на проживання згідно з § 24 AufenthG до _____ (Fiktionsbescheinigung)
	<input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis / Дозвіл на постійне проживання	<input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis / Дозвіл на постійне проживання	<input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis / Дозвіл на постійне проживання	<input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis / Дозвіл на постійне проживання
	<input type="checkbox"/> Sonstige/ Інший _____	<input type="checkbox"/> Sonstige/ Інший _____	<input type="checkbox"/> Sonstige/ Інший _____	<input type="checkbox"/> Sonstige/ Інший _____
Ich habe Einkommen/ У мене є доходи	<input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так	<input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так	<input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так	<input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так
Art des Einkommens/ Тип доходу	_____	_____	_____	_____
Höhe des Einkommens / Сума доходу:	_____	_____	_____	_____
Bitte legen Sie den Arbeitsvertrag und die Lohnabrechnungen der letzten 3 Monate vor/ Будь ласка, пред'явіть свій трудовий договір та довідки про заробітну плату за останні 3 місяці/				
Ich besuche die Schule/ Я відвідую школу/	<input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так	<input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так	<input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так	<input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так
Name der Schule/Klasse Назва школи/класу	_____	_____	_____	_____
Ich bin Student/in oder in Ausbildung / Я студент або навчаюсь	<input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так	<input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так	<input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так	<input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так
Ausländerzentralregister- nummer (AZR) / Центральний реєстр номер іноземців				
Steueridentifikations- nummer / Ідентифікаційний номер платника податків				
Rentenversicherungs- nummer ab 15 Jahren / Пенсійний страховий номер з 15 років				
Telefonnummer / E-Mail номер телефону / Адреса електронної пошти				

Meine Bedarfsgemeinschaft hat weitere Personen/ В моїй нужденній спільноті є більше осіб.	<input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так Anzahl / Число: _____ ⇒ Dann Formblatt weitere Personen verwenden/ В такому разі використовуйте форму для подальших осіб.
---	---

B. Kontaktinformationen / Контактна інформація

Straße, Hausnummer / Вулиця, номер будинку	
wohnhaf bei (c/o) / резидент (c/o)	
Postleitzahl, Ort / Поштовий індекс та назва міста	
Telefonnummer* / Номер телефону *	
E-Mail * / Електронна пошта*	

*Die Angabe der Telefonnummer und der E-Mail ist freiwillig; sie kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.
/ Надання вашого номеру телефона є добровільним; Ви можете в будь який час без обґрунтування Вашого рішення відкликати це погодження з дією на майбутнє.

C. Kosten der Unterkunft (Mietvertrag bzw. Pension) / Витрати на житло (Договір оренди житла або кошти на пансіонат / готель)

Entstehen Ihnen Kosten für Miete? Ви платите за оренду?	<input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так → bitte legen Sie den Mietvertrag vor / пред'явіть договір оренди
Grundmiete/ Базова орендна плата	Euro
Nebenkosten комунальні витрати	Euro
Heizkosten/ Витрати на опалення	Euro
Wohnen Sie mit den antragstellenden Personen allein? Ви живете наодинці з заявниками?	<input type="checkbox"/> ja / так <input type="checkbox"/> nein / ні

D. Kranken- und Pflegeversicherung / Медичне страхування та страхування по догляду

In Deutschland besteht grundsätzlich eine Krankenversicherungspflicht für alle – auch für Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II. Die Krankenversicherung beginnt grundsätzlich – auch rückwirkend – mit dem ersten Tag, für den Sie Leistungen nach dem SGB II erhalten. Bitte beachten Sie: Das Jobcenter übernimmt für Personen ohne Krankenversicherungsschutz keine Kosten einer medizinischen Versorgung. Setzen Sie sich bitte mit einer Krankenkasse ihrer Wahl in Verbindung und legen den Nachweis der Anmeldung im Jobcenter vor.

У Німеччині існує загальне зобов'язання мати медичне страхування для всіх, включно з тими, хто отримує пільги для забезпечення свого існування відповідно до Кодексу соціального страхування II. Медичне страхування, як правило, починається — навіть ретроспективно — у перший день, протягом якого Ви претендуєте на пільги відповідно до Кодексу соціального страхування II. Зверніть увагу: центр зайнятості не покриває витрати на медичне обслуговування осіб без медичного страхування. Будь ласка, зв'яжіться з вибраною Вами компанією медичного страхування та надайте підтвердження реєстрації в центрі зайнятості.

Sind Sie bei einer Krankenkasse angemeldet Ви зареєстровані в медичній страховій компанії	<input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так
Wenn ja → Name der Krankenkasse Якщо так. Назва медичної страхової компанії.	_____

E. Mehrbedarfe / Додаткові потреби

<p>Ich bin schwanger/ Я вагітна</p> <p>⇒ Bitte Kopie Mutterpass mit dem vorauss. Geburtstermin vorlegen /</p> <p>⇒ Будь ласка, додайте копію обмінної карти вагітної із очікуваною датою народження/</p>	<p><input type="checkbox"/> ja / так <input type="checkbox"/> nein / ні</p>
<p>Ich bin alleinerziehend/ Я самотній батько / Я самотня мати</p>	<p><input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja seit _____ / так з _____</p> <p>Ich war bereits vor der Einreise nach Deutschland alleinerziehend / Я вже був самотнім батьком до в'їзду в Німеччину.</p> <p><input type="checkbox"/> ja / так <input type="checkbox"/> nein / ні</p> <p>→ bitte teilen Sie uns den Namen des anderen Elternteils mit / будь ласка, повідомте нам ім'я іншого з батьків</p> <p>Name/ Прізвище: _____</p> <p>Vorname/ Ім'я: _____</p> <p>Anschrift/Адреса: _____</p>

F. Vermögen / активи

<p>Ich oder die anderen Personen meiner Bedarfsgemeinschaft verfügen über erhebliches Vermögen. / Я або інші особи в моїй самотній спільноті мають значні активи (фінансові або матеріальні цінності). Erheblich ist kurzfristig für den Lebensunterhalt verwertbares Vermögen der Antragstellerin/des Antragstellers über 60.000 Euro sowie über 30.000 Euro für jede weitere Person in der Bedarfsgemeinschaft. Beispiele: Barmittel, Sparguthaben, Tagesgelder, Wertpapiersparpläne und -depots. У короткостроковій перспективі активи заявника в розмірі понад 60 000 євро, які можуть бути використані для прожиткового мінімуму, і понад 30 000 євро на кожну додаткову особу в самотній спільноті, є значними. Приклади: готівка, заощадження, депозити овернайт, цінні папери та депозитарні рахунки</p>	<p><input type="checkbox"/> ja / так <input type="checkbox"/> nein / ні</p>
--	---

G. Bankverbindung

<p><input type="checkbox"/> Meine Leistungen sollen auf das folgende deutsche Konto überwiesen werden. Моя соціальна допомога повинна бути переведена на наступний німецький рахунок</p>	
<p>Kontoinhaber(in)/ Власник / власниця рахунку</p>	
<p>IBAN</p>	
<p>BIC</p>	
<p><input type="checkbox"/> Ich habe kein Konto / У мене немає банківського рахунку Bitte eröffnen Sie ein Konto in Deutschland / ⇒ Будь ласка, відкрийте рахунок в Німеччині /</p>	

Hinweise zum Datenschutz: / Примітки щодо захисту даних:

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt SGB II"). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 - 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie beim Jobcenter Heidelberg sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung. Наступні дані підпадають під соціальну таємницю (див. "Пам'ятку SGB II"). Інформація про Вас збирається на підставі §§ 60 - 65 Першої книги Соціального кодексу (SGB I) і §§ 67a, b, c Десятої книги Соціального кодексу (SGB X) для виплати соціальних пільг згідно з Другою книгою Соціального Кодексу SGB II. Інформацію про захист даних можна отримати в Центрі зайнятості Гейдельберг, а також додатково в Інтернеті в розділі www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Ihre Mitwirkungspflichten / Ваші зобов'язання співпрацювати

Personen, die Leistungen nach dem SGB II beantragen oder erhalten, sind mitwirkungspflichtig. Das bedeutet, alle Angaben im Antrag und in den hierzu eingereichten Anlagen müssen richtig und vollständig sein. Änderungen, die nach der Antragstellung eintreten und sich auf die Leistungen auswirken können (zum Beispiel Arbeitsaufnahme, Umzug, Rückkehr in die Ukraine), sind dem zuständigen Jobcenter unverzüglich im Vorhinein mitzuteilen. Die Mitwirkungspflichten sind von allen Mitgliedern einer Bedarfsgemeinschaft zu beachten.

Особи, які звертаються або отримують пільги за SGB II, зобов'язані співпрацювати. Це означає, що вся інформація в заяві і в додатках, поданих на неї, повинна бути правильною і повною. Зміни, які відбуваються після подачі заявки і можуть вплинути на пільги (наприклад, початок роботи, переїзд, повернення в Україну), повинні бути негайно повідомлені в відповідальний центр зайнятості. Зобов'язання щодо співпраці повинні дотримуватися всіма членами нужденної спільноти.

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Підпис заявника

Datum, Nachname/ Vorname
Дата, ім'я та прізвище

Unterschrift /
Підпис

Anschrift/ Адреса:

E-Mail: Jobcenter-Heidelberg.UKRAINE@jobcenter-ge.de

Jobcenter Heidelberg
Speyererstraße 6
69115 Heidelberg

www.jobcenter-hd.de



Tel: 06221- 91 59 222