

Kurzantrag auf Grundsicherung für Leistungen nach dem SGB II

Коротка заявка на базове забезпечення пільг відповідно до SGB II

Wichtiger Hinweis: Das Formular muss zwingend auf Deutsch ausgefüllt werden.

Важлива примітка: форму необхідно заповнити німецькою мовою

1/6

Hiermit beantrage ich für mich und für nachstehende Personen Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II frühestens ab dem 01.06.2022.

Цим я подаю заяву на базові пільги щодо безпеки для тих, хто шукає роботу відповідно до SGB II для себе та для наступних осіб не раніше 1 червня 2022 року

I. Persönliche Daten Особисті дані

| | 1. Antragsteller заявник | 2. Partner(in) партнер | 3. Kind дитина | 4. Kind дитина | 5. Kind дитина |
|--|--|--|--|--|--|
| Nachname Прізвище | | | | | |
| Vorname Ім'я | | | | | |
| Geburtsdatum Дата народження | | | | | |
| Geburtsort/-land Країна народження | | | | | |
| Staatsangehörigkeit громадянство | | | | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig одиначний <input type="checkbox"/> verheiratet одружений(а) <input type="checkbox"/> verwitwet овдовілий(а) <input type="checkbox"/> geschieden seit | <input type="checkbox"/> ledig одиначний <input type="checkbox"/> verheiratet одружений(а) <input type="checkbox"/> verwitwet овдовілий(а) <input type="checkbox"/> geschieden seit | <input type="checkbox"/> ledig одиначний <input type="checkbox"/> verheiratet одружений(а) <input type="checkbox"/> verwitwet овдовілий(а) <input type="checkbox"/> geschieden seit | <input type="checkbox"/> ledig одиначний <input type="checkbox"/> verheiratet одружений(а) <input type="checkbox"/> verwitwet овдовілий(а) <input type="checkbox"/> geschieden seit | <input type="checkbox"/> ledig одиначний <input type="checkbox"/> verheiratet одружений(а) <input type="checkbox"/> verwitwet овдовілий(а) <input type="checkbox"/> geschieden seit |
| | відтоді розлучений | відтоді розлучений | відтоді розлучений | відтоді розлучений | відтоді розлучений |
| Verwandtschafts- verhältnis сімейні стосунки | | <input type="checkbox"/> verheiratet одружений <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft спільне проживання | <input type="checkbox"/> leibliches Kind природна дитина <input type="checkbox"/> adoptiert прийнято | <input type="checkbox"/> leibliches Kind природна дитина <input type="checkbox"/> adoptiert прийнято | <input type="checkbox"/> leibliches Kind природна дитина <input type="checkbox"/> adoptiert прийнято |

| | 1. Antragsteller заявник | 2. Partner(in) партнер | 3. Kind дитини | 4. Kind дитини | 5. Kind дитини |
|--|--|--|--|--|--|
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich чоловічий <input type="checkbox"/> weiblich Жіночий <input type="checkbox"/> divers різноманітні | <input type="checkbox"/> männlich чоловічий <input type="checkbox"/> weiblich Жіночий <input type="checkbox"/> divers різноманітні | <input type="checkbox"/> männlich чоловічий <input type="checkbox"/> weiblich Жіночий <input type="checkbox"/> divers різноманітні | <input type="checkbox"/> männlich чоловічий <input type="checkbox"/> weiblich Жіночий <input type="checkbox"/> divers різноманітні | <input type="checkbox"/> männlich чоловічий <input type="checkbox"/> weiblich Жіночий <input type="checkbox"/> divers різноманітні |
| Einreisedatum in Bundesrepublik Deutschland Дата в'їзду до Федеративної Республіки Німеччина | | | | | |
| Ausländerzentralregister-nummer (AZR) Центральний реєстр іноземців | | | | | |
| Rentenversicherungs-nummer (falls bekannt) Номер пенсійного страхування (якщо відомий) | | | | | |
| Kundennummer (falls bekannt) номер клієнта (якщо відомо) | | | | | |

2/6

| | |
|---|---|
| Meine Bedarfsgemeinschaft hat weitere Kinder У мой спільноті потреб є інші діти | <input type="checkbox"/> nein ні <input type="checkbox"/> ja Так Wenn ja, bitte auch das Formular „weitere Kinder“ ausfüllen Якщо так, будь ласка, також заповніть форму «додаткові діти». |
|---|---|

II. Meine/unsere Kontaktdaten Мої/наші контактні дані

| | |
|---|--|
| Straße, Hausnummer Вулиця, номер будинку | |
| wohnhaft bei проживає за адресою | |
| Postleitzahl, Ort Поштовий індекс Місто | |
| Telefonnummer *) номер телефону | |
| E-Mail-Adresse *) Адреса електронної пошти | |

*) 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 номера телефону та електронної пошти є добровільним; його можна скасувати в будь-який час без пояснення причин, які мають значення на майбутнє

III. Angaben zum Aufenthaltsstatus Інформація про статус проживання

| 1. Antragsteller заявник | 2. Partner(in) партнер | 3. Kind дитина | 4. Kind дитина | 5. Kind дитина |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aufenthalts- erlaubnis nach § 24 AufenthG Дозвіл на проживання відповідно до § 24 AufenthG | <input type="checkbox"/> Aufenthalts- erlaubnis nach § 24 AufenthG Дозвіл на проживання відповідно до § 24 AufenthG | <input type="checkbox"/> Aufenthalts- erlaubnis nach § 24 AufenthG Дозвіл на проживання відповідно до § 24 AufenthG | <input type="checkbox"/> Aufenthalts- erlaubnis nach § 24 AufenthG Дозвіл на проживання відповідно до § 24 AufenthG | <input type="checkbox"/> Aufenthalts- erlaubnis nach § 24 AufenthG Дозвіл на проживання відповідно до § 24 AufenthG |
| <input type="checkbox"/> Fiktions- bescheinigung bei Antrag auf § 24 AufenthG Фіктивне свідоцтво під час подання заявки на статтю 24 Закону про проживання | <input type="checkbox"/> Fiktions- bescheinigung bei Antrag auf § 24 AufenthG Фіктивне свідоцтво під час подання заявки на статтю 24 Закону про проживання | <input type="checkbox"/> Fiktions- bescheinigung bei Antrag auf § 24 AufenthG Фіктивне свідоцтво під час подання заявки на статтю 24 Закону про проживання | <input type="checkbox"/> Fiktions- bescheinigung bei Antrag auf § 24 AufenthG Фіктивне свідоцтво під час подання заявки на статтю 24 Закону про проживання | <input type="checkbox"/> Fiktions- bescheinigung bei Antrag auf § 24 AufenthG Фіктивне свідоцтво під час подання заявки на статтю 24 Закону про проживання |
| <input type="checkbox"/> Nieder- lassungserlaubnis дозвіл на постійне проживання | <input type="checkbox"/> Nieder- lassungserlaubnis дозвіл на постійне проживання | <input type="checkbox"/> Nieder- lassungserlaubnis дозвіл на постійне проживання | <input type="checkbox"/> Nieder- lassungserlaubnis дозвіл на постійне проживання | <input type="checkbox"/> Nieder- lassungserlaubnis дозвіл на постійне проживання |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: Інший | <input type="checkbox"/> Sonstige: Інший | <input type="checkbox"/> Sonstige: Інший | <input type="checkbox"/> Sonstige: Інший | <input type="checkbox"/> Sonstige: Інший |

3/6

IV. Kosten der Unterkunft вартість проживання

| | |
|---|--|
| Ich/wir wohne/n Я/ми живемо | <input type="checkbox"/> bei Freunden/Bekannten/Verwandten з друзями/знайомими/родичами <input type="checkbox"/> in einer Pension/einem Hotel в гостьовому будинку/готелі <input type="checkbox"/> in einer eigenen Wohnung у власній квартирі |
| Ich muss für meine/unsere Unterkunft bezahlen Я повинен заплатити за своє/наше житло | <input type="checkbox"/> nein ні <input type="checkbox"/> ja Так |
| Höhe Grundmiete / Kosten Pension / Hotel Розмір основної орендної плати / витрати на пенсію / готель | |
| Höhe Nebenkosten Розмір додаткових витрат | |
| Höhe Heizkosten Високі витрати на опалення | |
| Wohnen Sie mit weiteren Personen zusammen, die nicht in diesem Formular oder dem Formular „weitere Kinder“ erfasst sind? Чи проживаєте ви з іншими людьми, яких немає в цій формі або формі «Інші діти»? | <input type="checkbox"/> nein ні <input type="checkbox"/> ja Так |

V. Mehrbedarfe додаткові вимоги

| | |
|---|--|
| Ich bin schwanger / Meine Partnerin ist schwanger Я вагітна / моя партнерка вагітна | <input type="checkbox"/> nein ні <input type="checkbox"/> ja Так Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____ орієнтовна дата пологів |
| Ich bin alleinerziehend Я один із батьків | <input type="checkbox"/> nein ні <input type="checkbox"/> ja Так |
| Ich habe eine Behinderung У мене інвалідність | <input type="checkbox"/> nein ні <input type="checkbox"/> ja Так |

VI. Einkommen доходи

| | |
|--|--|
| Ich gehe arbeiten und erziele Einkommen. Я ходжу на роботу і заробляю. | <input type="checkbox"/> nein ні <input type="checkbox"/> ja Так Adresse der Firma: адреса компанії Höhe des Einkommens: Розмір доходу |
| Mein/e Partner/in hat Einkommen. Мій партнер має дохід. | <input type="checkbox"/> nein ні <input type="checkbox"/> ja Так Adresse der Firma: адреса компанії Höhe des Einkommens: Розмір доходу |
| Meine Kinder haben Einkommen. Мої діти мають дохід. | <input type="checkbox"/> nein ні <input type="checkbox"/> ja Так <input type="checkbox"/> Kindergeld аліменти <input type="checkbox"/> Berufsausbildung професійне навчання |

4/6

VII. Vermögen активи

| | |
|---|---|
| Ich/ wir verfügen über <u>erhebliches</u> Vermögen. Я/ми володію значними активами 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. Короткострокові активи заявника, які можна використовувати для існування, становлять понад 60 000 євро та понад 30 000 євро на кожну додаткову особу в громаді пільг. Приклади: готівка, заощадження, гроші на виклик, плани заощаджень цінних паперів та рахунки зберігання | <input type="checkbox"/> nein ні <input type="checkbox"/> ja Так |
|---|---|

VIII. Kranken- und Pflegeversicherung Охорона здоров'я

| | |
|--|---|
| <p>Ich bin bereits bei einer Krankenkasse in Deutschland angemeldet. Я вже зареєстрований у медичній страховій компанії в Німеччині</p> | <p><input type="checkbox"/> nein ні <input type="checkbox"/> ja Так</p> <p>Name der Krankenkasse: _____ назва медичного страхування</p> <p>Sitz der Krankenkasse: _____ місцезнаходження медичної страхової компанії</p> <p>Versicherungsnummer: _____ страховий номер</p> |
|--|---|

5/6

IX. Bankverbindung Банківські реквізити

| | |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> Bitte überweisen Sie meine/unsere Leistungen auf folgendes deutsches Konto Будь ласка, перенесіть мої/наші послуги на наступний <u>німецьк ий</u> обліковий запис</p> | <p>Kontoinhaber: _____ власник облікового запису</p> <p>IBAN: _____</p> <p>BIC: _____</p> |
| <p><input type="checkbox"/> Ich/wir habe/n kein Konto. Я/ми не маємо облікового запису</p> | |

Meine Mitwirkungspflichten

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 mitzuteilen. Die Mitwirkungspflichten sind von allen Mitgliedern einer Bedarfsgemeinschaft zu beachten. Bei Verstoß gegen diese Mitwirkungspflichten werden in aller Regel von allen leistungsberechtigten Personen einer Bedarfsgemeinschaft zu viel gezahlte Leistungen zurückgefordert. Sofern zu Ihrer Bedarfsgemeinschaft noch weitere Personen gehören, sollten Sie als Vertreterin/Vertreter beim Ausfüllen des Antrags alle Mitglieder einbeziehen und die wesentlichen sowie die sie betreffenden Angaben mit ihnen abstimmen. Stellen Sie zudem bitte sicher, dass alle Mitglieder alle notwendigen Informationen (zum Beispiel Bescheide) erhalten. Ein Verstoß gegen die Mitwirkungspflichten kann zusätzlich zu einem Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahren gegen die Person führen, die die oben genannten Pflichten missachtet hat. Das Jobcenter holt im Wege eines automatisierten Datenabgleichs bei verschiedenen Stellen Auskünfte über Einkommen und Vermögen ein (zum Beispiel Arbeitsentgelte, Kapitalerträge, Renten). **Verschwiegene Einkommen und Vermögen werden daher regelmäßig nachträglich bekannt.**

Особи, які подають заяву або отримують пільги відповідно до SGB II, зобов'язані співпрацювати. Це означає, що вся інформація в заявці та в поданих додатках має бути правильною та повною. Про зміни, які відбулися після подання заявки і які можуть вплинути на пільги (наприклад, початок роботи, переїзд), необхідно негайно повідомити відповідальний центр зайнятості. **Обов'язок співробітництва має виконуватися всіма членами спільноти благодійників.** У разі порушення цього обов'язку співробітництва, надміру виплачені пільги, як правило, повертаються з усіх тих, хто має право на пільги в громаді пільг. Якщо у вашій спільноті є інші люди, ви, як представник, повинні включити всіх членів під час заповнення заявки та узгодити з ними важливу та актуальну інформацію. Також переконайтеся, що всі учасники отримують всю необхідну інформацію (наприклад, повідомлення). Порушення обов'язку співробітництва також може спричинити адміністративне правопорушення або кримінальне провадження щодо особи, яка не виконала вищезазначені обов'язки. Центр зайнятості отримує інформацію про доходи та активи (наприклад, заробітну

плату, інвестиційний дохід, пенсії) з різних офісів за допомогою автоматизованого порівняння даних. Тому приховані доходи та активи потім регулярно розкриваються.

Hinweis zum Datenschutz Примітка щодо захисту даних

Ihre persönlichen 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 bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Ваші персональні дані є предметом соціальної таємниці (див. «Інструкцію до Соціального кодексу II»). Ваша інформація збирається на основі §§ 60 - 65 Першої книги Соціального кодексу (SGB I) і §§ 67a, b, c Десятої книги Соціального кодексу (SGB X) щодо пільг згідно SGB II. Ви можете отримати інформацію про закон про захист даних у відповідальному за вас центрі зайнятості, а також в Інтернеті за адресою www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

6/6

**Ich bestätige, dass die von mir/uns gemachten Angaben richtig sind.
Я підтверджую, що інформація, яку я/ми надала, правильна**

Ort / Datum / Vor- und Nachname Antragsteller/in
Місце / дата / ім'я та прізвище заявника

Unterschrift Antragsteller/in
Підпис заявника

Zwingend Vorzulegende Unterlagen **Обов'язкові документи для подання**

Mitgliedsbescheinigung der Krankenversicherung (Das Formular liegt diesem Antrag bei – bitte lassen Sie es von der von Ihnen gewählten Krankenkasse ausfüllen und an uns übersenden. Bitte beachten Sie zur Krankensenwahl und Ihrem Wahlrecht den beiliegenden Flyer)

Довідка про медичне страхування (форма додається до цієї заяви - будь ласка, заповніть її вибраною вами медичною страховою компанією та надішліть її нам. Будь ласка, зверніть увагу на доданий флаєр для вибору харчування для хворих та ваше право голосу)