**Antrag auf Sozialhilfe: Antragsbogen A**
***Application for Sozialhilfe: Form A***

**Quelle / *Source*:**
**https://www.berlin.de/sen/gessoz/service/formulare/**

**Sprachen: Deutsch / Türkisch**
***Languages: German / Turkish***

**veröffentlicht / *published:***
**26.9.2017**

***Achtung: Dieses Dokument ist eine Ausfüllhilfe. Bitte das Originalformular in deutscher Sprache ausfüllen und bei der Behörde abgeben!**

**Beim selbständigen Ausfüllen kann es zu Fehlern kommen. Das kann unbeabsichtigte Konsequenzen nach sich ziehen. Wir empfehlen daher, eine Beratungsstelle aufzusuchen.**

**Alle Übersetzungen sind nach bestem Wissen und Gewissen auf ehrenamtlicher Basis erstellt. Der KuB e. V. übernimmt keine Haftung.**

****Dikkat: Bu belge yalnızca bir form doldurma rehberidir. Lütfen formun Almanca aslını doldurarak ilgili daireye teslim ediniz!***

***Formu kendi başınıza doldururken hata(lar) yapabilirsiniz. Bu, hiç istenmeyen olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle bir danışma merkezine başvurmanızı tavsiye ederiz.***

***Bütün çeviriler gönüllü çevirmenler tarafından mevcut bilgileri göz önünde bulundurarak iyi niyetle yapılmıştır. KuB sorumluluk kabul etmez.***

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, http://bit.ly/2mfagom

ORIGINAL

**Bezirksamt**
Geschäftsbereich *Sozialwesen*
Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin - ZLA -

Die Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung Ihres Antrags notwendig. Die gesetzlichen Grundlagen für die Erhebung der Daten entnehmen Sie bitte dem beigefügten Merkblatt.

# Antrag auf

☐ Sozialhilfe nach SGB XII
☐ Leistungen nach AsylbLG

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen

Sofern der vorgegebene Raum nicht ausreicht, machen Sie bitte Ihre Angaben
- unter XI des Antrages oder
- auf einem gesonderten Blatt

Art der Hilfe
☐ innerhalb einer Einrichtung
☐ außerhalb einer Einrichtung

## I. Antragsteller/in (Personenziffer 1)

**Name, ggf. Geburtsname, Vorname**

**Geburtsdatum** | **Geburtsort/Kreis/Land** | ☐ männl. ☐ weibl.

↓ ☐ minderjährig → Bitte Anlage 1 Buchstabe B ausfüllen

**Familienstand**
☐ ledig
☐ eheähnliche Gemeinschaft
☐ eingetragene Lebenspartnerschaft
☐ verheiratet
☐ dauernd getrennt lebend
☐ geschieden
☐ verwitwet
→ Seit ____ → bitte Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen

**Staatsangehörigkeit**
☐ deutsch ☐ ____ → bitte Anlage 2 ausfüllen
↓

Personaldokument bitte vorlegen | **ausgestellt von (Dienststelle)** | **gültig bis**

☐ bisher keine Leistungen erhalten
☐ bereits Leistungen erhalten
↓

**bis** | **von (Dienststelle)** | **Geschäftszeichen**

☐ es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz
☐ es besteht Beistandschaft
→ bitte Bestallung beifügen

☐ Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A -
☐ Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B -
☐ Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BVFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes
☐ Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFVG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes
☐ Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -
→ **ausgestellt am** ____ **ausgestellt von (Dienststelle)** ____

## Ehegatte/Lebenspartner/in (Personenziffer 2)

☐ nicht im gemeinsamen Haushalt → keine weiteren Angaben auf dieser Seite; nur Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen

☐ im gemeinsamen Haushalt
↓

**Name, ggf. Geburtsname, Vorname**

**Geburtsdatum** | **Geburtsort/Kreis/Land**

**Staatsangehörigkeit**
☐ deutsch ☐ ____ → bitte Anlage 2 ausfüllen
↓

Personaldokument bitte vorlegen | **ausgestellt von (Dienststelle)** | **gültig bis**

☐ bisher keine Leistungen erhalten
☐ bereits Leistungen erhalten
↓

**bis** | **von (Dienststelle)** | **Geschäftszeichen**

☐ es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz
☐ es besteht Beistandschaft
→ bitte Bestallung beifügen

☐ Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A -
☐ Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B -
☐ Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BVFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes
☐ Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFVG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes
☐ Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -
→ **ausgestellt am** ____ **ausgestellt von (Dienststelle)** ____

Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen) | gültig bis ____ | Merkzeichen (G, aG) ____ | gültig bis ____ | Merkzeichen (G, aG) ____

Antrag gestellt? ☐ Ja ☐ Nein | Antrag gestellt? ☐ Ja ☐ Nein

ORIGINAL

| | | |
|---|---|---|
| **Bezirksamt**<br>Geschäftsbereich | *Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin*<br>*Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin*<br>*Lichtenberg von Berlin*<br>*Marzahn-Hellersdorf von Berlin*<br>*Mitte von Berlin*<br>*Neukölln von Berlin*<br>*Pankow von Berlin*<br>*Reinickendorf von Berlin*<br>*Spandau von Berlin*<br>*Steglitz-Zehlendorf von Berlin*<br>*Tempelhof-Schöneberg von Berlin*<br>*Treptow-Köpenick von Berlin* | |

ÜBERSETZUNG / *TRANSLATION*

☐ **İlçe Belediyesi**
Çalışma alanı Sosyal işler
☐ Berlin Sağlık ve Sosyal İşler Eyalet Dairesi - ZLA -

Dilekçenizin işleme konması ve değerlendirilmesi için tüm soruların cevaplandırılması gereklidir. Bu bilgilerin toplanmasının hangi yasal temele dayandırıldığını ekteki broşürde bulabilirsiniz.

| **Dilekçe türü** | ☐ SGB XII yasasına göre sosyal yardım<br>☐ AsylbLG yasasına göre yardım | Lütfen uygun olanı işaretleyiniz ve doldurunuz | Mevcut alanın yetmediği durumlarda vereceğiniz bilgiler için<br>• dilekçenin XI. bölümünü veya<br>• ayrı bir yaprak kullanınız |
|---|---|---|---|
| Yardımın türü<br>☐ Kurum dahilinde<br>☐ Kurum haricinde | | | |

**I.**

| **Dilekçe sahibi** (1. şahıs) | | | | **Eşi/hayat arkadaşı** (2. şahıs) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Soyadı, varsa evlenmeden önceki soyadı, adı | | | | ☐ Aynı hanede yaşamıyor → | | Bu sayfada başka bilgi verilmesine gerek yok; sadece ek 1, A paragrafını doldurunuz |
| Doğum tarihi | Doğum yeri/İl/Ülke | ☐ erkek<br>☐ kadın | | ☐ aynı hanede yaşıyor ↓ | | |
| ↓ ☐ reşit değil → | | Lütfen Ek 1, B paragrafını doldurunuz | | Soyadı, varsa evlenmeden önceki soyadı, adı | | |
| Medeni hali<br>☐ bekar<br>☐ evlilik benzeri birliktelik<br>☐ kayıtlı yaşam ortaklığı | ☐ evli<br>☐ sürekli ayrı yaşıyor<br>☐ boşanmış<br>☐ dul → | Sayfa → | Lütfen Ek 1, A paragrafını doldurunuz | Doğum tarihi | Doğum yeri/İl/Ülke | |
| Uyruğu<br>☐ Alman ☐ ↓ → | | | Lütfen Ek 2'yi doldurunuz | Uyruğu<br>☐ Alman ☐ ↓ | | Lütfen Ek 2'yi doldurunuz |
| Lütfen kimliğinizi ibraz ediniz | verildiği yer (makam) | geçerlilik süresi | | Lütfen kimliğinizi ibraz ediniz | verildiği yer (makam) | geçerlilik süresi |
| ☐ şimdiye kadar herhangi bir yardım alınmadı<br>☐ yardım alındı<br>↓ | | | | ☐ şimdiye kadar herhangi bir yardım alınmadı<br>☐ yardım alındı<br>↓ | | |
| şu tarihe kadar | (Resmi daire) tarafından | Dosya numarası | | şu tarihe kadar | (Resmi daire) tarafından | Dosya numarası |
| ☐ Bakım kanununa göre bir bakım mevcut<br>☐ Kayyımlık mevcut → | | Lütfen kayyımın tayin belgesini ekleyiniz | | ☐ Bakım kanununa göre bir bakım mevcut<br>☐ Kayyımlık mevcut → | | Lütfen kayyımın tayin belgesini ekleyiniz |
| ☐ Heimatvertriebene/r (Alman kökenli göçmen) Kimlik A<br>☐ Vertriebene/r (Alman kökenli göçmen) - Kimlik B<br>☐ Geç dönem Alman kökenli göçmen - Federal İdare Dairesi (BVFG §15, 1. fıkrasına göre) kayıt belgesi ve vesikası<br>☐ Geç dönem Alman kökenli göçmen eşi veya nesli - Federal İdare Dairesi (BVFG §15, 2. fıkrasına göre) kayıt belgesi ve vesikası<br>☐ Sovyetler bölgesinden mülteci - Kimlik C - → | | verildiği tarih<br>verildiği yer (makam) | | ☐ Heimatvertriebene/r (Alman kökenli göçmen) Kimlik A<br>☐ Vertriebene/r (Alman kökenli göçmen) - Kimlik B<br>☐ Geç dönem Alman kökenli göçmen - Federal İdare Dairesi (BVFG §15, 1. fıkrasına göre) kayıt belgesi ve vesikası<br>☐ Geç dönem Alman kökenli göçmen eşi veya nesli - Federal İdare Dairesi (BVFG §15, 2. fıkrasına göre) kayıt belgesi ve vesikası<br>☐ Sovyetler bölgesinden mülteci - Kimlik C - → | | verildiği tarih<br>verildiği yer (makam) |
| Ağır engelli kimliği (kimlik fotokopisini ekleyiniz) | geçerlilik süresi | İşaret (G, aG) | | geçerlilik süresi | İşaret (G, aG) | |
| | Dilekçe verildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır | | | Dilekçe verildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır | | |

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, http://bit.ly/2mfagom

ORIGINAL

| Sozialversicherung | | Sozialversicherung | |
|---|---|---|---|
| ☐ keine (Begründung auf Seite 4 -XI-) | Krankenversichert bei | ☐ keine (Begründung auf Seite 4 -XI-) | Krankenversichert bei |
| ☐ Rentenversicherung | Rentenversichert bei | ☐ Rentenversicherung | Rentenversichert bei |
| ☐ Pflegeversicherung | Rentenversicherungsnummer | ☐ Pflegeversicherung | Rentenversicherungsnummer |
| Krankenversicherung: | | Krankenversicherung: | |
| ☐ Pflichtversicherung | | ☐ Pflichtversicherung | |
| ☐ Freiwillige Versicherung | | ☐ Freiwillige Versicherung | |
| ☐ Familienversicherung * | | ☐ Familienversicherung * | |
| ☐ Private Versicherung | | ☐ Private Versicherung | |
| ☐ Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V | | ☐ Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V | |

## II. Umfang bzw. Ausschluss der Erwerbsfähigkeit

| | Personenziffer 1 | Personenziffer 2 |
|---|---|---|
| Sind Sie zurzeit erwerbstätig? | ☐ Nein ☐ Ja<br>Tätigkeit:<br>Arbeitgeber: | ☐ Nein ☐ Ja<br>Tätigkeit:<br>Arbeitgeber: |
| Umfang der Erwerbsfähigkeit | Können Sie – Ihrer Einschätzung nach – **mindestens drei Stunden täglich** einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?<br>☐ Ja<br>☐ Nein, weil | Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – **mindestens drei Stunden täglich** einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?<br>☐ Ja<br>☐ Nein, weil |
| Liegt bei Ihnen eine bereits begutachtete volle Erwerbsminderung nach § 43 Abs. 2 SGB VI vor?<br>(EU-Rente) | ☐ Nein<br>☐ Ja unbefristet:<br>☐ Ja<br>☐ Nein<br>für welchen Zeitraum? | ☐ Nein<br>☐ Ja unbefristet:<br>☐ Ja<br>☐ Nein<br>für welchen Zeitraum? |
| Sind Sie pflegebedürftig im Sinne des SGB XI Pflegeversicherungsgesetz? | ☐ Nein<br>☐ Ja Stufe: | ☐ Nein<br>☐ Ja Stufe: |
| Auszubildender/Student<br>- auch in Schulausbildung - | ☐ Nein, ☐ Ja, in Ausbildung / Studium als | ☐ Nein, ☐ Ja, in Ausbildung / Studium als |
| Name und Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule | | |
| Unterbringung in einer stationären Einrichtung | ☐ Nein ☐ Ja, Zuweisung<br>vom bis<br>Wenn Ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor. | ☐ Nein ☐ Ja, Zuweisung<br>vom bis<br>Wenn Ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor. |

*** Wichtige Hinweise:** Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin **das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,** können Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin bei einem Elternteil **familienversichert** werden.
Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin von Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner **getrennt** leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen **familienversichert** werden können.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Sosyal sigorta<br>☐ yok (gerekçe için sayfa 4 -XI-)<br>☐ Emeklilik sigortası<br>☐ Bakım sigortası | Hastalık sigortası kurumu<br>Emeklilik sigortası kurumu<br>Emeklilik sigortası numarası | Sosyal sigorta<br>☐ yok (gerekçe için sayfa 4 -XI-)<br>☐ Emeklilik sigortası<br>☐ Bakım sigortası | Hastalık sigortası kurumu<br>Emeklilik sigortası kurumu<br>Emeklilik sigortası numarası |
| Hastalık sigortası:<br>☐ Mecburi sigorta<br>☐ İhtiyari sigorta<br>☐ Aile sigortası<br>☐ Özel sigorta<br>☐ § 264, SGB V uyarınca hastalık sigortalarınca bakım | | Hastalık sigortası:<br>☐ Mecburi sigorta<br>☐ İhtiyari sigorta<br>☐ Aile sigortası<br>☐ Özel sigorta<br>☐ § 264, SGB V uyarınca hastalık sigortalarınca bakım | |

## II. Çalışabilirlik ya da çalışamazlık durumu

| | Kişi numarası 1 | Kişi numarası 2 |
|---|---|---|
| Şu anda çalışıyor musunuz? | ☐ Hayır ☐ Evet<br>Yaptığınız iş<br>İş veren | ☐ Hayır ☐ Evet<br>Yaptığınız iş<br>İş veren |
| Çalışabilirlik durumu | Genel iş piyasasında –kendi değerlendirmenize göre– **günde en az 3 saatlik** bir işte çalışabilir misiniz?<br>☐ Evet<br>☐ Hayır, çünkü | Genel iş piyasasında –kendi değerlendirmenize göre– **günde en az 3 saatlik** bir işte çalışabilir mi?<br>☐ Evet<br>☐ Hayır, çünkü |
| Çalışma gücünüzde SGB VI, 43. maddesinin 2. paragrafına göre bir azalma olduğu tespit edildi mi? (AB emekli maaşı) | ☐ Hayır<br>☐ Evet süresiz:<br>☐ Evet<br>☐ Hayır<br>Hangi zaman dilimi için? | ☐ Hayır<br>☐ Evet süresiz:<br>☐ Evet<br>☐ Hayır<br>Hangi zaman dilimi için? |
| SGB XI Bakım Sigortası Yasasının tanımladığı şekliyle bakıma muhtaç mısınız? | ☐ Hayır<br>☐ Evet Kademe: | ☐ Hayır<br>☐ Evet Kademe: |
| Meslek eğitimi gören öğrenci/yüksek öğrenim öğrencisi (okul öğrencisi) | ☐ Hayır , ☐ Evet, meslek eğitimi /yüksek öğrenim öğrencisi, bölüm ... | ☐ Hayır ☐ Evet, meslek eğitimi /yüksek öğrenim öğrencisi, bölüm ... |
| Şu andaki işverenin adı, adresi veya öğrenim görülen okulun adı | | |
| Yatılı olarak kalınan bir kuruluşta yerleşik | ☐ Hayır ☐ Evet, tahsis süresi<br>...'dan ...'ye<br>Cevap evet ise: Lütfen gerekli evrakları ibraz ediniz. | ☐ Hayır ☐ Evet, tahsis süresi<br>...'dan ...'ye<br>Cevap evet ise: Lütfen gerekli evrakları ibraz ediniz. |

* **Önemli bilgiler:** Kendiniz veya hayat arkadaşınız **23 yaşını doldurmamış olmak kaydıyla** anne veya babanız üzerinden **aile sigortalısı** olabilirsiniz. Kendiniz veya hayat arkadaşınız eşinizden/kayıtlı olduğunuz yaşam ortağınızdan **ayrı** yaşıyorsanız, bu kişi üzerinden **aile sigortalısı** olup olamayacağınız araştırılır.

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, http://bit.ly/2mfagom

ORIGINAL

| | | |
|---|---|---|
| Haben Sie Leistungen nach dem SGB II beantragt? | ☐ Ja ☐ Nein<br>Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen | ☐ Ja ☐ Nein<br>Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen |
| Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden) | | |
| **- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde** | | |
| Mögliche Ausschlussgründe für die Hilfe zum Lebensunterhalt | ☐ Nein<br>☐ Ja | ☐ Nein<br>☐ Ja |

## III. Bankverbindung

| Geldinstitut | Bankleitzahl | Kontonummer | Kontoinhaber/in |
|---|---|---|---|
| | | | |

| IBAN | BIC |
|---|---|
| | |

## IV. Aufenthalt

| Anschrift | Lage der Wohnung/Etage | Telefonnummer (freiwillige Angabe) |
|---|---|---|
| | | |

| in Berlin seit | im Bezirk seit | zuletzt wohnhaft |
|---|---|---|
| | | |

## V. Unterkunft

**V.1**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Mietwohnung ➔<br>☐ Hauptmieter/in<br>☐ Untermieter/in ➔ | Name und Anschrift des Vermieters<br>Name des Hauptmieters | ☐ Eigenheim ➔<br>☐ Eigentumswohnung ➔<br>☐ verwandt<br>☐ Wirtschaftsgemeinschaft | Bitte Anlage 3 ausfüllen, dann weiter bei V.2 |
| Miete insgesamt (EUR/mtl.)<br>Heizkostenvorschuss (EUR/mtl.) | Warmwasserkosten (EUR/mtl.)<br>Kabelfernsehen (EUR/mtl.) | Miete bezahlt bis<br>**Bitte Nachweis beifügen** | Mietrückstände (von/bis/EUR) ➔<br>Gekündigt zum ➔ | Bitte Anlage 6 ausfüllen |

**V.2**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Größe der Unterkunft des Antragstellers<br>Anzahl der Zimmer ohne Küche/Bad | Gesamtwohnfläche (m2) | ☐ Wohngeld wird gezahlt ➔<br>☐ Wohngeld wird nicht gezahlt | Bitte Bescheid beifügen |

Heizungsart/ Warmwasser: ☐ Sammelheizung ☐ Zentrale Warmwasserversorgung ☐ Ofenheizung ☐ Gasheizung ☐ Nachtstrom-speicherheizung

| | Zahl vermieteter Leerzimmer | Miete (EUR/mtl.) | Zahl vermieteter möblierter Zimmer | Miete (EUR/mtl.) |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Wohnraum wird untervermietet ➔<br>☐ Wohnraum kann untervermietet werden<br>☐ Wohnraum kann nicht untervermietet werden ➔ | Grund | | | |

☐ Ich/Wir habe/n freies Wohnrecht bei: Name:

| | | |
|---|---|---|
| Wenn Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Betreute Wohngemeinschaft, Krankenhaus) leben:<br>**Wo haben Sie vorher gewohnt** (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? | Anschrift der Wohnung **vor der Aufnahme** in die Einrichtung | Anschrift der Wohnung **vor der Aufnahme** in die Einrichtung |

| | | |
|---|---|---|
| SGB II uyarınca herhangi bir yardım için dilekçe verdiniz mi? | ☐ Evet ☐ Hayır<br>Delil veya tahsis kararı ya da ret kararı | ☐ Evet ☐ Hayır<br>Delil veya tahsis kararı ya da ret kararı |
| Çalışma ajansının verdiği müşteri numarası (varsa) | | |
| **- Dilekçe sahibi tarafından doldurulmayacaktır/resmi dairenin notu** | | |
| Geçim yardımı verilmesinden hariç tutulmasını gerektiren nedenler | ☐ Hayır<br>☐ Evet | ☐ Hayır<br>☐ Evet |

## III. Banka bilgileri

| Banka | Banka kodu | Hesap numarası | Hesap sahibi |
|---|---|---|---|
| IBAN | | BIC | |

## IV. İkametgah

| Adresi | Dairenin bulunduğu kat | Telefon numarası (belirtmek gönüllülük temelindedir) |
|---|---|---|

| Berlin'de ne zaman beri yaşıyor | İlçede ne zaman beri yaşıyor | Daha önceki adres |
|---|---|---|

## V. Mesken

**V.1**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Kira ➔<br>☐ Esas kiracı<br>☐ Kiracının kiracısı ➔ | Ev sahibinin adı ve adresi<br>Esas kiracının adı | ☐ Kendi evi ➔<br>☐ Kendi dairesi ➔<br>☐ Akraba<br>☐ Ekonomik ortak ev | Lütfen Ek 3'ü doldurunuz, sonra da V.2 ile devam ediniz |
| Toplam kira (aylık EUR olarak) | Sıcak su giderleri (aylık EUR olarak) | Kiranın ne zaman kadar ödenmiş olduğu<br>**Lütfen delil belgesini ekleyiniz** | Ödenmemiş kiralar (ne zamandan ne zaman kadar EUR olarak) ➔ | Lütfen Ek 6'yı doldurunuz |
| Isınma giderleri avansı (aylık EUR olarak) | Kablolu televizyon (aylık EUR olarak) | | Meskenin hangi tarihte boşaltılacağı ➔ | |

**V.2**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Dilekçe sahibinin meskeninin alanı<br>Mutfak/banyo dışında kalan odaların sayısı | Meskenin toplam alanı (metrekare olarak) | ☐ Kira yardımı ödeniyor ➔<br>☐ Kira yardımı ödenmiyor | Lütfen belgesini ekleyiniz |

Isınma türü/sıcak su ☐ Toplu kalorifer ☐ Merkezi sıcak su sistemi ☐ Sobalı ısınma ☐ Gazlı ısınma ☐ Gece elektriği ile çalışan kalorifer

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ İkamet alanı başka birine kiralanabilir ➔<br>☐ İkamet alanı başka birine kiralanmış<br>☐ İkamet alanı başka birine kiralanamıyor ➔ | Başka birine kiralanmış boş odaların sayısı | Kira (aylık EUR olarak) | Başka birine kiralanmış mobilyalı odaların sayısı | Kira (aylık EUR olarak) |
| | Nedeni | | | |

☐ Ben/biz aşağıdaki kişinin yanında kira vermeden oturuyoruz: Soyadı:

| | | |
|---|---|---|
| Yatılı olarak kalınan bir kuruluşta (örneğin bir yurtta, bakım hizmeti alınan bir evde başkalarıyla birlikte, hastanede) yaşıyorsanız: **Daha önce nerede oturuyordunuz** (normal ikametgah)? | **Kuruluşa gelmeden önceki** evinizin adresi | **Kuruluşa gelmeden önceki** evinizin adresi |

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen" der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen" auf www.betterplace.org, http://bit.ly/2mfagom

ORIGINAL

## VI. Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen

Leben weitere Personen im gemeinsamen Haushalt? ☐ Ja ☐ Nein

**Wenn Ja, tragen Sie bitte die weiteren Personen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein.**

Bei vier oder mehr Personen bitte **Zusatzblatt** verwenden.

| | Personenziffer 3 | Personenziffer 4 | Personenziffer 5 |
|---|---|---|---|
| Name (ggf. Geburtsname) | | | |
| Vorname | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in / Partner/in | | | |
| Geschlecht | ☐ weiblich ☐ männlich | ☐ weiblich ☐ männlich | ☐ weiblich ☐ männlich |
| Geburtsdatum Geburtsort | | | |
| Familienstand | ☐ ledig<br>☐<br>seit | ☐ ledig<br>☐<br>seit | ☐ ledig<br>☐<br>seit |
| Staatsangehörigkeit | ☐ deutsch<br>☐ andere:<br>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen) | ☐ deutsch<br>☐ andere:<br>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen) | ☐ deutsch<br>☐ andere:<br>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen) |
| Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden) | | | |
| Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich) | Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – **mindestens drei Stunden täglich** einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?<br>☐ Ja<br>☐ Nein, weil | Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – **mindestens drei Stunden täglich** einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?<br>☐ Ja<br>☐ Nein, weil | Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – **mindestens drei Stunden täglich** einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?<br>☐ Ja<br>☐ Nein, weil |
| Haben die o.g. Personen Leistungen nach dem SGB II beantragt? | ☐ Ja ☐ Nein<br>Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen | ☐ Ja ☐ Nein<br>Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen | ☐ Ja ☐ Nein<br>Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen |
| Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden) | | | |
| **- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde** | | | |
| Mögliche Ausschlussgründe für die Hilfe zum Lebensunterhalt | ☐ Nein<br>☐ Ja | ☐ Nein<br>☐ Ja | ☐ Nein<br>☐ Ja |

## VI. Dilekçe sahibi ile aynı hanede yaşayan diğer kişilerin dilekçe sahibine olan kişisel bağlantısı

Ortak hanede başka kişiler de ikamet ediyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

**Cevabınız evetse, bu kişileri doğum tarihlerine göre sıralayarak yazınız.**

Dördüncü kişi ve daha fazlası için **ek bir sayfa** kullanınız.

| | Kişi numarası 3 | Kişi numarası 4 | Kişi numarası 5 |
|---|---|---|---|
| Soyadı, varsa evlenmeden önceki soyadı | | | |
| Adı | | | |
| Dilekçe sahibine olan akrabalık ilişkisi | | | |
| Cinsiyeti | ☐ kadın ☐ erkek | ☐ kadın ☐ erkek | ☐ kadın ☐ erkek |
| Doğum tarihi<br>Doğum yeri | | | |
| Medeni hali | ☐ bekar<br>☐<br>ne zamandan beri | ☐ bekar<br>☐<br>ne zamandan beri | ☐ bekar<br>☐<br>ne zamandan beri |
| Uyruğu | ☐ Alman<br>☐ Diğer<br>(çalışma izni varsa lütfen buraya ekleyiniz) - | ☐ Alman<br>☐ Diğer<br>(çalışma izni varsa lütfen buraya ekleyiniz) | ☐ Alman<br>☐ Diğer<br>(çalışma izni varsa lütfen buraya ekleyiniz) |
| Çalışma ajansının verdiği müşteri numarası (varsa) | | | |
| Çalışabilirlik durumu (15 yaşını bitirmiş kişiler) | Genel iş piyasasında –kendi değerlendirmenize göre– **günde en az 3 saatlik** bir işte çalışabilir mi?<br>☐ Evet<br>☐ Hayır, çünkü | Genel iş piyasasında –kendi değerlendirmenize göre– **günde en az 3 saatlik** bir işte çalışabilir mi?<br>☐ Evet<br>☐ Hayır, çünkü | Genel iş piyasasında –kendi değerlendirmenize göre– **günde en az 3 saatlik** bir işte çalışabilir mi?<br>☐ Evet<br>☐ Hayır, çünkü |
| Yukarıda belirtilen kişiler SGB II uyarınca herhangi bir yardım için dilekçe verdi mi? | ☐ Evet ☐ Hayır<br>Delil veya tahsis kararı ya da ret kararı | ☐ Evet ☐ Hayır<br>Delil veya tahsis kararı ya da ret kararı | ☐ Evet ☐ Hayır<br>Delil veya tahsis kararı ya da ret kararı |
| Çalışma ajansının verdiği müşteri numarası (varsa) | | | |
| **- Dilekçe sahibi tarafından doldurulmayacaktır/resmi dairenin notu** | | | |
| Geçim yardımı verilmesinden hariç tutulmasını gerektiren nedenler | ☐ Hayır<br>☐ Evet | ☐ Hayır<br>☐ Evet | ☐ Hayır<br>☐ Evet |

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, http://bit.ly/2mfagom

ORIGINAL

| VII. | Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts (Kinder, Eltern) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Name, ggf. Geburtsname, Vorname | Geburts-tag, bzw. Alter | Familien-stand | Verwandt-schafts-verhältnis zum Antragsteller | ausgeübte Tätigkeit | Anschrift | Art und Höhe des Unter-haltsbeitrages |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| VIII. | Einkünfte aller Haushaltsangehörigen | | | Beträge (EUR) und Angabe des Zeitraumes (mtl./wöchentl./tgl.) Bitte Nachweise beifügen | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Bezeichnung | Bewilligungs-stelle | Geschäftszeichen, Renten-abrechnungs-nummer, o. ä. | Personenziffer 1 | Personenziffer 2 | Personenziffer 3 | Personenziffer 4 |
| | Nichtselbstän-dige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen) | | | | | | |
| | Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeit-geberzuschuss) | | | | | | |
| | Gewerbe-betrieb | | | | | | |
| | Land- und Forstwirtschaft | | | | | | |
| | Sonstige selbständige Tätigkeiten | | | | | | |
| | Vermietung und Verpachtung | | | | | | |
| | Wohngeld/Last enzuschuss | | | | | | |
| | Renten / Pensionen (z. B. Rente wg. Erwerbs-minderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirt-schaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisen-rente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss / -zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Kindererziehungs-leistung, Sonstige Renten / Pensionen) | | | | | | |

| VII. | Aynı hanede yaşamayan ama nafaka yükümlülüğünü yerine getirmesi gereken kişiler (çocukları, ebeveynleri) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Soyadı, varsa evlenmeden önceki soyadı, adı | Doğum tarihi veya yaşı | Medeni hali | Dilekçe sahibine olan akrabalık ilişkisi | Yaptığı iş | Adresi | Nafaka türü ve miktarı |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| VIII. | Aynı hanede yaşayanların hepsinin gelirleri | | | Gelir (EUR olarak) ve hangi süre için verildiği (aylık/haftalık/günlük) Lütfen belgelerini ekleyiniz | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Gelirin türü | Maaşı bağlayan kuruluş | Dosya numarası, emekli maaşı hesaplama numarası vb. | Kişi numarası 1 | Kişi numarası 2 | Kişi numarası 3 | Kişi numarası 4 |
| | Serbest meslek olmayan işlerden elde edilen gelir (Çalışan olarak kazanılan gelir, meslek eğitimi ödemesi, atölyenin engelli insanlara yaptığı ödeme) | | | | | | |
| | Sağlık sigortasını yaptığı ödeme (işveren katkısı da dahil olmak üzere) | | | | | | |
| | Ticarethane | | | | | | |
| | Ziraat ve ormancılık | | | | | | |
| | Diğer serbest işler | | | | | | |
| | Kiralama ve mülkiyet kiralama | | | | | | |
| | Kira yardımı/ denkleştirme yardımı | | | | | | |
| | Emekli maaşı (örneğin malulen emeklilik, yaş nedeniyle emeklilik, kaza nedeniyle emeklilik, ziraat emekliliği, dul ve yetim maaşı, anneye veya babaya çocuk büyütme maaşı, emekli maaşına ek bakım parası, çocuk parası/yardımı, çalıştığı kurumdan alınan emeklilik, çocuk büyütme yardımı, diğer emeklilikler) | | | | | | |

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, http://bit.ly/2mfagom

ORIGINAL

| Bezeichnung | Bewilligungs-stelle | Geschäfts-zeichen, Rentenabrech-nungsnummer, o. ä. | Personenziffer 1 | Personenziffer 2 | Personenziffer 3 | Personenziffer 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Beträge (EUR) und Angabe des Zeitraumes (mtl./wöchentl./tgl.) Bitte Nachweise beifügen | | | |
| Sozialhilfe-leistungen | | | | | | |
| Grundsicherungsleistungen | | | | | | |
| Asylbewerber-leistung | | | | | | |
| Leistungen nach dem Bundesversor-gungsgesetz | | | | | | |
| Leistungen des Lastenaus-gleichsamtes (z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente) | | | | | | |
| Leistungen der Agentur für Arbeit (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungs-beihilfe, Arbeitsfür-derungsgeld u. a.) | | | | | | |
| Kindergeld | | | | | | |
| Kindergeld-zuschlag | | | | | | |
| Elterngeld | | | | | | |
| Ausbildungs-förderung | | | | | | |
| Unterhalt | | | | | | |
| Unterhaltsvor-schuss | | | | | | |
| Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschen-geld, Leibrente, Pflegegeld) | | | | | | |
| Steuerer-stattung | | | | | | |
| Kapitalerträge (z. B. Zinsen) | | | | | | |
| Sonstige Einkünfte (z.B. Schadensersatz-ansprüche) | | | | | | |
| Kein Einkommen | | | | | | |

**ÜBERSETZUNG / *TRANSLATION***

| Gelirin türü | Maaşı bağlayan kuruluş | Dosya numarası, emekli maaşı hesaplama numarası vb. | Kişi numarası 1 | Kişi numarası 2 | Kişi numarası 3 | Kişi numarası 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Gelir (EUR olarak) ve hangi süre için verildiği (aylık/haftalık/günlük)<br>Lütfen belgelerini ekleyiniz | | | |
| Sosyal yardım | | | | | | |
| Temel güvence yardımı | | | | | | |
| Mültecilere verilen yardım | | | | | | |
| Federal Sosyal Bakım Yasası uyarınca alınan yardım | | | | | | |
| Denkleştirme Dairesinden alınan yardım<br>(örneğin nafaka yardımı, bakım parası, tazminat maaşı) | | | | | | |
| Çalışma ajansından alınan maaş ve yardımlar<br>(örneğin işsizlik maaşı, işsizlik maaşı II, uyum yardımı, meslek eğitimi katkısı, çalışma destek parası vb.) | | | | | | |
| Çocuk parası | | | | | | |
| Çocuk parası katkı payı | | | | | | |
| Ebeveyn parası | | | | | | |
| Eğitim teşvik maaşı | | | | | | |
| Nafaka | | | | | | |
| Nafaka avansı | | | | | | |
| Özel hukuk çerçevesindeki para değerinde talepler<br>(Örneğin gıda harcamaları, ikamet hakkı, harçlık, ömür boyu bağlanan emeklilik, bakım parası) | | | | | | |
| Vergi iadesi | | | | | | |
| Sermaye kazancı (örneğin faiz) | | | | | | |
| Diğer gelirler<br>(Örneğin tazminattan doğan talepler) | | | | | | |
| Gelir yok | | | | | | |

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, http://bit.ly/2mfagom

ORIGINAL

**Sind Leistungen nach Nr. VIII. beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?**
☐ Nein ☐ Ja

| Personenziffer | Antragsdatum | Art der Leistung | Dienststelle und Geschäftszeichen |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Werden einmalige Einnahmen erwartet, z. B. eine Steuerrückzahlung?**
☐ Nein ☐ Ja

| Personenziffer | Art der Leistung | Zeitpunkt | EUR |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

## IX. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge

| ☐ **Keine absetzbaren Beträge** | Personenziffer 1 | Personenziffer 2 | Personenziffer 3 | Personenziffer 4 | Personenziffer 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Ausgaben mtl. Betrag | | | | | |
| Einkommensteuer* | | | | | |
| Krankenversicherung* | | | | | |
| Pflegeversicherung* | | | | | |
| Arbeitslosenversicherung* | | | | | |
| Rentenversicherung* | | | | | |
| Kirchensteuer* | | | | | |
| Unfallversicherung | | | | | |
| Altersvorsorgebeiträge | | | | | |
| Hausratsversicherung | | | | | |
| Sterbeversicherung | | | | | |
| Lebensversicherung | | | | | |
| Haftpflichtversicherung | | | | | |
| Aufwendungen für Arbeitsmittel | | | | | |
| Beiträge für Berufsverbände | | | | | |
| Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung | | | | | |

* Angabe nicht erforderlich soweit die Beträge bereits vom Arbeitgeber oder Rententräger abgesetzt wurden

**VIII bölüm uyarınca talep edilmiş ancak şimdiye dek kararı verilmemiş ödemeler mevcut mu?**

☐ Hayır ☐ Evet

| Kişi numarası | Dilekçe tarihi | Ödemenin türü | Resmi makam ve dosya numarası |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Beklenen örneğin vergi iadesi gibi bir defalık bir ödeme mi?**

☐ Hayır ☐ Evet

| Kişi numarası | Ödemenin türü | Tarih | EUR |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

## IX. Gelirden düşülmesi mümkün olabilecek giderler

| ☐ **Düşülmesi mümkün olabilecek gider yok** | Kişi numarası 1 | Kişi numarası 2 | Kişi numarası 3 | Kişi numarası 4 | Kişi numarası 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Giderin aylık tutarı | | | | | |
| Gelir vergisi* | | | | | |
| Hastalık sigortası* | | | | | |
| Bakım sigortası* | | | | | |
| İşsizlik sigortası* | | | | | |
| Emeklilik sigortası* | | | | | |
| Kilise vergisi* | | | | | |
| Kaza sigortası | | | | | |
| Yaşlılık sigortası primi | | | | | |
| Ev sigortası | | | | | |
| Ölüm sigortası | | | | | |
| Hayat sigortası | | | | | |
| Mali sorumluluk sigortası | | | | | |
| Çalışma araçları harcamaları | | | | | |
| Meslek birliği primleri | | | | | |
| İki ikametgah olması nedeniyle oluşan fazla masraflar | | | | | |

* Bu tutar işveren veya emeklilik kurumu tarafından üstleniliyorsa belirtilmesine gerek yoktur.

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, http://bit.ly/2mfagom

ORIGINAL

| | Personenziffer 1 | Personenziffer 2 | Personenziffer 3 | Personenziffer 4 | Personenziffer 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle Fahrkosten zur Arbeitsstelle mit | km | km | km | km | km |
| - öffentlichen Verkehrsmitteln | | | | | |
| - PKW | | | | | |
| - Kleinst-PKW (bis 500 ccm) | | | | | |
| - Motorrad | | | | | |
| - Mofa | | | | | |
| - Sonstiges | | | | | |
| Nähere Begründung zu „Sonstiges“ | | | | | |

**X.** **Vermögensverhältnisse** (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

| Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen | | | Personenziffer 1 | Personenziffer 2 | Personenziffer 3 | Personenziffer 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sparguthaben / Bargeld | ☐ Ja ➔<br>☐ Nein | | | | | |
| Wertpapiere | ☐ Ja ➔<br>☐ Nein | | | | | |
| Sachwerte von besonderem Wert | ☐ Ja ➔<br>☐ Nein | Art | | | | |
| sonstiges Vermögen (Forderungen und anderes) | ☐ Ja ➔<br>☐ Nein | Art | | | | |
| Verschenktes Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre (auch Grund-vermögen) | ☐ Ja ➔<br>☐ Nein | Art | | | | |
| Kraftfahrzeug | ☐ Ja<br>☐ Nein | amtl. Kennzeichen | | | | |
| Fabrikat | Baujahr | Halter | | | | |
| Hauseigentum oder Grundbesitz **Bitte Anlage 3 ausfüllen** | ☐ Ja ➔<br>☐ Nein | | | | | |
| Staatlich geförderte private Altersvorsorge | ☐ Ja ➔<br>☐ Nein | | | | | |

| | Kişi numarası 1 | Kişi numarası 2 | Kişi numarası 3 | Kişi numarası 4 | Kişi numarası 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Ev ile iş arasındaki mesafe ve işe gidebilmek için ödenen yol masrafları | km | km | km | km | km |
| Toplu taşıma araçları ile | | | | | |
| Özel araç ile | | | | | |
| En küçük özel araç (500 ccm'ye kadar) | | | | | |
| Motosiklet ile | | | | | |
| Motorlu bisiklet ile | | | | | |
| Diğer | | | | | |
| "Diğer"e ilişkin açıklamalar | | | | | |

## X. Varlık durumu

| Lütfen uygun olanı işaretleyiniz ve doldurunuz | | | Kişi numarası 1 | Kişi numarası 2 | Kişi numarası 3 | Kişi numarası 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Birikim / nakit para miktarı | ☐ Evet ☐ Hayır | ➔ | | | | |
| Hisse senetleri | ☐ Evet ☐ Hayır | ➔ | | | | |
| Değerli mallar | ☐ Evet ☐ Hayır | ➔ Türü | | | | |
| Diğer varlıklar | ☐ Evet ☐ Hayır | ➔ Türü | | | | |
| Son 10 yıl içinde hediye edilmiş bulunan varlık (temel varlıklar da dahil olmak üzere) | ☐ Evet ☐ Hayır | ➔ Türü | | | | |
| Motorlu araç | ☐ Evet ☐ Hayır | Plaka numarası | | | | |
| Markası | Üretim tarihi | Aracın sahibi | | | | |
| Ev veya arazi mülkiyeti **Lütfen Ek 3'ü doldurunuz** | ☐ Evet ☐ Hayır | ➔ | | | | |
| Devlet teşviki ile yaşlılık sigortası | ☐ Evet ☐ Hayır | ➔ | | | | |

ORIGINAL

| Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen | | Personenziffer 1 | Personenziffer 2 | Personenziffer 3 | Personenziffer 4 |
|---|---|---|---|---|---|
| Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte) | ☐ Ja ➔<br>☐ Nein | | | | |
| Sonstiges Vermögen | ☐ Ja ➔<br>☐ Nein | | | | |

**XI. Sonstige Angaben,** z. B. über persönliche, familiäre, gesundheitliche Verhältnisse

**XII. Leistungen für besondere Mehrbedarfe**

Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind und aus den vorgenannten Angaben nicht zu beurteilen sind. Dies gilt für alle Personen innerhalb des Haushalts.

Folgende Mehrbedarfe werden geltend gemacht:

| | |
|---|---|
| ☐ Für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche<br>➔ Vorlage Mutterschaftspass erforderlich | Name: Vorname:<br>Voraussichtlicher Geburtstermin |
| ☐ Schwerbehinderte Menschen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitslaben erhalten<br>➔ Vorlage des Bewilligungsbescheides | Name: Vorname: |
| ☐ Kostenaufwendige Ernährung aus medizinischen Gründen<br>➔ vom Sozialamt erhältlicher Vordruck ist vom behandelnden Arzt auszufüllen | Name: Vorname:<br>Name: Vorname: |

**XIII. Bestandteile des Antrages sind die Anlagen**

☐ 1 - Unterhalt ☐ 2 - Ausländer ☐ 3 - Grundbesitz ☐ 4 – Eingliederungshilfe ☐ 6 – Mietschulden

**XIV. Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt**

| Lütfen uygun olanı işaretleyiniz ve doldurunuz | | Kişi numarası 1 | Kişi numarası 2 | Kişi numarası 3 | Kişi numarası 4 |
|---|---|---|---|---|---|
| Devretme sözleşmelerinden doğan talepler (örneğin ikamet hakkı, intifa hakkı, iaşe hakkı) | ☐ Evet ➔<br>☐ Hayır | | | | |
| Diğer varlıklar | ☐ Evet ➔<br>☐ Hayır | | | | |

## XI. **Diğer bilgiler.** Örneğin kişisel, aile ve sağlık durumuna ilişkin bilgiler

## XII. Ek gereksinimler için ödemeler

Bazı belli koşullar yerine getirildiğinde, düzenli ödemelerle karşılanmayan ve daha önceki bilgiler ışığında değerlendirilemeyen ek gereksinimler için ödemeler arz edilebilir. Bu, aynı hanede yaşayan teker teker bireylerin hepsi için mümkündür.

Aşağıdaki ek gereksinimler talep edilmektedir:

| | | |
|---|---|---|
| ☐ 12. gebelik haftasından sonra hamile kadınlar için<br>➔ Anneler için tıp kayıt defterinin ibraz edilmesi gerekmektedir | Soyadı:<br>Beklenen doğum tarihi | Adı: |
| ☐ 15 yaşını tamamlamış ve çalışma hayatına katılmak için ödeme veya başka bir tediyat alan ağır engelli kişiler<br>➔ Tahsis kararının ibrazı | Soyadı: | Adı: |
| ☐ Tıbbi nedenlerden dolayı yenmesi gereken yüksek harcamalara neden olan gıda maddelerinin giderleri<br>➔ Sosyal Yardım Dairesi'nden alınacak form tedaviyi uygulayan hekim tarafından doldurulmalıdır | Soyadı:<br>Soyadı: | Adı:<br>Adı: |

## XIII. Dilekçenin parçaları olan ekler şunlardır

☐ 1 - Nafaka ☐ 2 - Yabancılar ☐ 3 - Arazi mülkiyeti ☐ 4 - Uyum yardımı ☐ 6 - Kira borçları

## XIV. Dilekçeye aşağıda belirtilen belgeler eklenmiştir:

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, http://bit.ly/2mfagom

ORIGINAL

Die Angaben im Antrag und den dazugehörigen Anlagen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß gemacht.

Ich werde den Träger der Leistungen (Land Berlin, vertreten durch die Bezirksämter v. Berlin, Geschäftsbereich Sozialwesen / Geschäftsbereich Jugend und Sport bzw. Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin / ZLA) gem. § 60 Abs. 1 Ziff. 2 SGB I unverzüglich informieren, wenn

- sich meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse ändern

- sich die Verhältnisse meiner Haushaltsangehörigen ändern

- ich Renten oder ähnliche Leistungen beantrage.

Des Weiteren bin ich hinreichend darüber informiert worden, dass im Falle eines konkreten Betrugsverdachts die Ermittlungen des Sachverhalts gemäß §§ 20, 21, 69 und 71 SGB X von Amts wegen – ohne meine Beteiligung – erfolgen können.

Leistungen werden von mir zurückgefordert, sofern ich sie zu Unrecht erhalten habe, z. B. weil ich vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche Angaben gemacht habe.

Der Träger der Leistungen nach SGB XII bzw. AsylbLG kann für die Zeit, für die ich Leistungen erhalte, meine Ansprüche gegen einen anderen auf entsprechende Leistungen in Höhe seiner Aufwendungen auf sich überleiten.

Der Sozialhilfeträger behält sich vor, bei Vorliegen des entsprechenden Sachverhalts Aufwendungsersatz nach den §§ 19 Abs. 5, 27 Abs. 3 oder § 92 Abs. 1 SGB XII bzw. §§ 7, 9 AsylbLG geltend zu machen. In diesem Umfang habe ich dem Träger der Leistungen die Aufwendungen zu ersetzen. Dies gilt auch, wenn der Erstattungsanspruch des Trägers der Sozialleistung gegen andere vorrangig verpflichtete Leistungsträger (z.B. Rententräger, Krankenkasse) aus Verfahrensgründen nicht befriedigt werden kann und ich für den gleichen Zeitraum von beiden Leistungsträgern Aufwendungen erhalten habe. In diesen Fällen sind die gewährten Leistungen nach SGB XII / AsylbLG von mir zu erstatten.

Ich bin davon in Kenntnis gesetzt, dass die Überweisung der Beiträge für meine freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung direkt an die Kranken- bzw. Pflegekasse vorgenommen wird.

| Unterschrift des Antragstellers/Datum | ggf. Unterschrift des nicht getrennt lebenden Ehegatten |
|---|---|
| | |

| Falls vom Antragsteller nicht selbst oder nicht vollständig ausgefüllt | Name, Anschrift, ggf. Dienststelle und Unterschrift des Aufnehmenden/Datum |
|---|---|
| | |

Dilekçede verdiğim bilgileri ve bunlara ait ekleri eksiksiz ve gerçeğe uygun olarak bildirdim.

Ödemeleri yapan kurumu (Berlin ilçe belediyeleri, Sosyal İşler / Gençlik ve Spor çalışma alanları veya Berlin Sağlık ve Sosyal İşler Eyalet Dairesi / ZLA tarafından temsil edilen Berlin Eyaletini) SGB I, 60. maddenin 1. paragrafının 2. fıkrası uyarınca aşağıdaki şu gelişmeler oluşması durumunda vakit geçirmeden haberdar edeceğim:

- kişisel ve ekonomik durumumda değişiklikler olması halinde
- hanemde yaşayan diğer kişilerin durumlarında değişiklikler olması halinde
- emeklilik maaşı ve benzeri gelirlere başvurduğumda

Ayrıca, somut bir sahtekarlık şüphesi halinde meselenin özünü araştırmak için SGB X'un 20., 21., 69. ve 71. maddeleri uyarınca resen –yani benim katılımım olmadan– soruşturma başlatılabileceği konusunda yeterli derecede bilgilendirildim.

Bilerek ve isteyerek veya ağır ihmalli davranarak yanlış bilgiler verdiğim için hakkım olmadığı halde aldığım ödemelerin geri talep edileceğini biliyorum.

Ödemeleri yapan kurum SGB XII veya AsylbLG yasası uyarınca yardım aldığım sürece, başak bir kurumdan aldığım ödemeleri kendi yaptığı yardım veya ödeme tutarında kendine yönlendirebileceğini biliyorum.

Sosyal yardım kurumu, bunu gerektirecek bir durumun oluşması halinde SGB XII'nin 19. maddesinin 5. paragrafı, 27. maddesinin 3. veya 92. maddesinin 1. paragrafı veya AsylbLG yasasının 7. ve 9. maddeleri uyarınca yapılan ödemeleri iade talebinde bulunma hakkını saklı tutar. Böyle bir kapsamda kuruma tarafıma yapılmış bulunan ödemeleri geri ödeme yükümlülüğüm bulunmaktadır. Sosyal yardım kurumunun geri ödeme talebi getirdiği diğer öncelikli kurumlara (emeklilik kurumu, hastalık sigortası vb.) karşı işlemin yürümekte olduğundan talebi yerine getirilemediğinde ve tarafıma aynı süre içinde her iki kurumdan da ödeme veya yardım yapıldığında da aynı yükümlülük geçerlidir. Bu gibi durumlarda alınmış ödeme veya yardımlar SGB XII / AsylbLG uyarınca tarafımdan geri ödenecektir.

Yaptırdığım ihtiyari hastalık ve bakım sigortası primlerinin doğrudan hastalık ve bakım sigortasına ödeneceği konusunda bilgilendirildim.

| | |
|---|---|
| Dilekçe sahibinin imzası ve tarih | Gerekiyorsa ayrı yaşamayan eşin imzası |

| | |
|---|---|
| Dilekçe sahibi tarafından doldurulmamış veya tamamen doldurulmamış olması halinde | Dilekçeyi teslim alanın adı, soyadı, gerekiyorsa resmi makam ve imzası; tarih |

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen" der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen" auf www.betterplace.org, http://bit.ly/2mfagom

ORIGINAL

# Merkblatt zum Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII bzw. Leistungen nach AsylbLG

Nach § 60 SGB I muss der Antragsteller / die Antragstellerin bei der Aufklärung des Sachverhaltes und der Feststellung der für die Sozialleistung bestehenden Voraussetzungen mitwirken. Die Nichtbeantwortung von Fragen kann im Einzelfall zur Folge haben, dass die beantragte Leistung nicht gewährt werden kann. Die Grenzen der Mitwirkung sind in § 65 SGB I geregelt.
Im folgenden werden Ihnen die Rechtsgrundlagen benannt, aufgrund derer die erforderlichen Daten erhoben wurden:

**Sozialgesetzbuch**

| | |
|---|---|
| Erstes Buch (SGB I) | Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975 (Bundesgesetzblatt – BGBl. I, S. 3015 / Gesetz- und Verordnungsblatt – GVBl. S. 1638), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) |
| Zehntes Buch (SGB X) | Neufassung durch Gesetz vom 18. Januar 2001 (BGBl. I, S. 130 ff.), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749) |
| Elftes Buch (SGB XI) | Artikel 1 des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 26. Mai 1994 (BGBl. I, S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423). |
| Zwölftes Buch (SGB XII) | in der Fassung vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S. 3022), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 01. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3733) |

**Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

in der Fassung vom 5. August 1997 (BGBl. I, S. 2022),
zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 07. Mai 2013 (BGBl. I S. 1122)

**Bundesvertriebenengesetz (BVFG)**

in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 2007 (BGBl. I, S. 1902),
zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I, S. 2246)

**Verordnung zur Bestimmung des für die Fortschreibung der Regelbedarfsstufen nach § 28a des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XII – maßgeblichen Prozentsatzes sowie zur Ergänzung der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2014 (Regelbedarfsstufen-Fortschreibungsverordnung 2014 –RBSFV 2014)**

vom 15. Oktober 2013 (BGBl. I, S. 3856)

**Verordnung nach § 60 SGB XII (Eingliederungshilfe-Verordnung)**

in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Februar 1975 (BGBl. I, S. 433)
zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S.3022)

**Verordnung zur Durchführung des § 82 SGB XII (DVO § 82 SGB XII)**

in der im BGBl. III unter 2170-1-4 veröffentlichten bereinigten Fassung,
zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I, S. 818)

**Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII**

vom 11. Februar 1988 (BGBl. I, S.438)
zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S 3022)

## SGB XII uyarınca sosyal yardım ve AsylbLG yasası uyarınca yardım ve ödeme almaya başvuru dilekçesine ilişkin açıklamalar

SGB I'in 60. maddesi uyarınca dilekçe sahibi yardım hususunun araştırılmasına ve sosyal yardım alabilmek için gerekli koşulların bulunduğunun saptanmasına iştirak etmelidir. Sorulara cevap verilmemesi bazı durumlarda yapılması istenen yardımın ret edilmesine neden olabilir. Beklenen işbirliğinin sınırları SBG I'in 65. maddesinde açıklanmaktadır.

Aşağıda edinilmesi gerekli bilgilerin hangi yasalara dayandırıldığı açıklanmaktadır.

*** Bundan sonraki açıklamalar çevrilmemiştir. Yasal temeller konusunda bilgilenmek istiyorsanız, lütfen size bu konuda yardım edebilecek yeterli derecede Almanca konuşan birini bulmaya çalışınız.**

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen" der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen" auf www.betterplace.org, http://bit.ly/2mfagom