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

Quelle / Source:

https://www.berlin.de/sen/gessoz/service/formulare/

Sprachen: Deutsch / Russisch veröffentlicht / published:

Languages: German / Russian 29.2.2016

*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.

* Внимание: Данный документ служит помощью при заполнении заявления. Вам необходимо заполнить оригинал бланка заявления на немецком языке и отправить его в соответствующее учреждение!

Во избежание ошибок, которые могут возникнуть в случае самостоятельного заполнения, рекомендуется обращаться в консультационные пункты.

Все переводы сделаны тщательно на добровольной основе. Поэтому КУБ не перенимает ответственностъ.

		äftsbereich	Sozialwesel undheit und S		s B	erlin -	Ihres An für die E	trags rheb	rtung aller Fragen is s notwendig. Die ges ung der Daten entne Merkblatt.	setzlichen	Grundlagen
	Antrag	auf	Sozialhilf Leistunge					reuzen machen Sie bitte Ihre Angaben - unter XI des Antrages oder			
,		o einer Einric Ib einer Einr									
	Antragstell	er/in (Perso	nenziffer 1)				Ehegatt	e/Le	benspartner/in (Pe	rsonenzif	fer 2)
	Name, ggf. Geb Geburtsdatum	urtsname, Vorna Geburtsort/Kr					Haushal	lt - 3	gemeinsamen samen Haushalt	Angabe Seite; nu	veiteren n auf dieser ur Anlage 1
						männl. weibl.	V			Buchsta ausfüller	
	minderjährig → Bitte A Buchs ausfü					e B	Name, ggf.	Gebur	tsname, Vorname		
ľ	ledig verheiratet					bitte	Geburtsdat	tum	Geburtsort/Kreis/Land		
	Gemeinschaft getrennt				Anlage 1 Buch- stabe A ausfüllen						
5					hit	te Anlage 2	Staatsange	hörigk	eit		bitte Anlage
Į,					ausfüllen		deuts	sch			2 ausfüllen
C H		eine Leistung	gen erhalten		gültig bis		Personal- dokument bitte vorlegen bisher keine Leistungen erhalten bereits Leistungen erhalten				gültig bis
	bis	von (Dienststel	e)		Ge	schäftszeichen	↓ bis		(Dienststelle)		Geschäftszeichen
	es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz es besteht Beistandschaft 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 -				be	ite estallung eifügen sgestellt am	nach es be Heim - Aus	dem esteh atve weis ieber	ne/r (Aussiedler/in)	> 	bitte Bestallung beifügen ausgestellt am
						sgestellt von enststelle)	Späta - Bes BVF0 Bund Eheg eines Späta - Bes BFV0 Bund Sowj - Aus	aussi scheir 3) un lesve atte 3 Spä aussi scheir 6) un lesve etzor sweis	edler/in nigung (nach § 15 A d Registrierschein o rwaltungsamtes oder Abkömmling taussiedlers / einer edlerin nigung (nach § 15 A d Registrierschein o rwaltungsamtes nenflüchtling C -	des +	ausgestellt von (Dienststelle)
á	schwerbehinderten- usweis Kopie des Ausweises eifügen) gültig bis Antrag gestellt?					Merkzeich Ja	Nein		uiltig bis	Merkzei	Nein
Ľ	oonugen <i>j</i>		, and ag ge	otont:		Ja	140111		anag gestellt:	Ja	INCIII

Bezirksamt	Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin		
Geschäftsbereich	Frie <mark>drichshain-Kreuzberg</mark> von Berlin		
	Lichtenberg von Berlin		
	Marzahn-Hellersdorf von Berlin		
	Mitte von Berlin	•	'
	Neukölln von Berlin		
	Pankow von Berlin		
	Reinickendorf von Berlin		
	Spandau von Berlin		
	Steglitz-Zehlendorf von Berlin		
	Tempelhof-Schöneberg von Berlin		
	Treptow-Köpenick von Berlin		

	круг деятел Земельное	ведомство по д ія - ЦЛА [центра	<mark>циальное о</mark> елам здравоох	ранения	и сог	Ответы на все вопросы необходимы для рассмотрения вашего заявления. Законные основания сбора данных вы можете найти в прилагаемой инструкции.					
	Заявлени	1e o	пособие по	AsylbLG іении соц	[закс циаль	ьной помощи	Пожалуйста отметите крестиком и заполните нужное		Если места не хва дайте сведения: - ниже п. XI этой за - на дополнительно	аявки или	
		учреждения ии учреждения									
;	заявитель (л	ичный номе	p 1)				супруг/а (ль	ичні	ый номер 2)		
(рамилия, при н е	еобходимости, ф	оамилия при р	ождении,	РМИ		не в сог прожив		· · ·	нет свед	странице далее ений, ге только
	цата рождения	место рожден	ия			мужской женский	в совмес	СТОГ	и проживании	приложе	ние 1, буква А
	несоверь	ценнолетниі	í →	заполн	_	ие 1 буква В	фамилия, при	и нес	бходимости, фамилия і	при рожден	ии, имя
	холост/не за бракоподобн сожительств	мужем разд	лт/замужем цельное кивание	С		заполнит е приложен	дата рождения		место рождения		
	зарегистрированно е гражданское партнёрство расведен/а вдовец/вдова					ие 1 буква А					
	гражданство немецкое →				заполните приложение 2		гражданст немецко ↓				заполните приложение 2
1	предоставьте, в пожалуйста, удостоверени е личности	выдан каким	ведомство	м?	до		предоставьте, пожалуйста, удостоверени е личности			иством?	действителен до
	действите уже получ	елен до нили пособия					действителен до уже получили пособия				
_	до	от (учреждені	ія)		номер документа		до	от (учреждения)		номер документа
	есть опе	•	}	- >	пож назн	пагаете, алуйста, начение куном	есть попечение по закону попечения есть опекунство				прилагаете, пожалуйста, назначение опекуном
	относится к н мировой вой изгнанный - у немецким бе войны]	/достоверение В женцам после вт	ам после второ [это относится і ррой мировой		дат	а выдачи	относится второй ми изгнанный	к не рово 1 - уд	оодины - удостоверение А [это емецким беженцам после юй войны] удостоверение В [это относится к женцам после второй мировой		
	поздний переселенец - удостоверение (в соответствии с § 15 абзац 1 ВУГG [Закон о делах перемещённых лиц и беженцев]) и регистрационная справка Федерального административного ведомства					дан каким омством?	соответсті делах пер регистрац	вии (емеі ионн	еленец - удостоверение (с § 15 абзац 1 BVFG [Закс цённых лиц и беженцев]) іая справка Федерального вного ведомства	он о и	выдан каким ведомством?
	супруг/а или потомок позднего переселенца - удостоверение (в соответствии с § 15 абзац 1 BVFG [Закон о делах перемещённых лиц и беженцев]) и регистрационная справка Федерального административного ведомства						удостовер BVFG [Зак беженцев]	ение кон с]) и р	отомок позднего переселю (в соответствии с § 15 а делах перемещённых ли негистрационная справка административного ведо	бзац 1 1ц и	
		советской зоны - у ся к немецким без вой войны]					беженец из советской зоны - удостоверение С [это относится к немецким беженцам после второй мировой войны]				
	удостовереі инвалида	ние	действи	телен	до	пометка	(G, aG)	Д	ействителен до	пометн	ka (G, aG)
	Балида	заявлени	но?	да	нет	3	заявление подано	? да	а нет		

	Районное управление круг деятельности	Шарлоттенбург-Вильмерсдорф в Берлине Фридрихсхайн-Кройцберг в Берлине Лихтенберг в Берлине Марцан-Хеллерсдорф в Берлине Митте в Берлине Нойкёльн в Берлине Панков в Берлине Райниккендорф в Берлине Шпандау в Берлине Штеглиц-Целендорф в Берлине Темпельхоф-Шёнеберг в Берлине Трептов-Кёпеник в Берлине		;
--	---------------------------------------	---	--	---

	ORIGII	NAL				
Sozialversicherung	Krankenversichert bei	Sozialversicherung	<u> </u>	Krankenversichert bei		
keine	mankenversichert bei	keine	.f 0 - 14 - 4 - 3/1 \	Mankenversichert bei		
(Begründung auf Seite 4 -XI-)	Rentenversichert bei	(Begründung au	•	Deuten versiehert hei		
Rentenversicherung Pflegeversicherung	Rentenversichert bei	Rentenversiche Pflegeversiche	J	Rentenversichert bei		
_	Rentenversicherungsnummer	Fliegeversiche	rung	Rentenversicherungsnummer		
Krankenversicherung: Pflichtversicherung		Krankenversicheru Pflichtversicher				
Freiwillige Versicherung		Freiwillige Vers	sicherung			
Familienversicherung *		Familienversich	nerung *			
Private Versicherung		Private Versich	erung			
Betreuung der Krankenkassen	nach § 264 SGB V	Betreuung der	Krankenkasser	n nach § 264 SGB V		
Umfang bzw. Ausschluss der Er	werbsfähigkeit					
	Personenziffer 1		Personenziffe	er 2		
Sind Sie zurzeit erwerbstätig?	Nein	Ja	Nein	Ja		
	Tätigkeit:		Tätigkeit:			
	Arbeitgeber:		Arbeitgeber:			
			f täglich einer Erwerbstätigkeit au			
Liegt bei Ihnen eine bereits begutachtete volle Erwerbsminder nach § 43 Abs. 2 SGB VI vor? (EU-Rente)	ung Aein Ja u für welchen Zeitra	nbefristet: Ja Nein um?	Nein Ja unbef Ja Ja Ne Ne für welchen Z	ein		
Sind Sie pflegebedürftig im Sinne o SGB XI Pflegeversicherungsgeset:	77	Stufe:	Nein Ja Stufe:			
Auszubildender/Student - auch in Schulausbildung -		n Ausbildung / Studium als	Nein,	Ja, in Ausbildung / Studium als		
Name und Anschrift des derzeitige Arbeitgebers bzw. Angabe der Sch						
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	Nein Ja, Zu	uweisung	Nein Ja, Zuweisung vom bis 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.

(стр	рахованный/-ая <u>ахование на случай</u> езни) чьей компанией?	социальное стра нет страхования на странице 4 -XI	(обоснование	застрахованный/-ая (страхование на случай болезни) чьей компанией?		
пенсионное страхование заст (пен чьей потребности в уходе	рахованный/-ая сионное страхование) компанией? ер пенсионного іхования	пенсионное стра страхование на сл потребности в ухо	хование пучай	застрахованный/-ая (пенсионное страхование) чьей компанией? номер пенсионного страхования		
страхование на случай болезни обязательное страхование добровольное страхование семейное страхование * частное страхование уход больничных касс в соответ	стрии с 8 264	страхование на со обязательное добровольное семейное страх частное страх уход больничн	страхование страхование ахование * ование			
SGB V (кодекс социального прав	ва, часть 5)	SGB V (кодекс	социального г	права, часть 5)		
обьём или исключение трудовой			1			
	личный номер 1		личный номе	p 2		
Вы в настоящий момент работаете	? нет	да	нет	да		
	профессия:		профессия:			
	работодатель:		работодатель:			
обьём трудовой деятельности	Вы - по вашей оц состоянии работа рынке труда как часа ежедневно	ать на общем минимум 3	состоянии р	ей оценке - в аботать на общем в как минимум 3 евно?		
	да нет, потому что		да нет, потому	/ что		
У вас имеется уже подтверждённая полная потеря трудоспособности в соответствии с § 43 абзац 2 SGB [кодекс социального права]? (ЕС-пенсия [пенсия Европейского союза])	нет да б	ессрочный: да нет	нет да бесср да не	т		
Вы нуждающийся/-аяся в уходе в соответствии с SGB XI [кодекс социального права, часть 11], закон о страховании в случай потребности в уходе	да уровень:		нет да уровен	ь:		
ученик/студент - даже в школе -	нет, да, об чему	бучающийся/-аяся	нет,	да, обучающийся/-аяся чем		
фамилия, имя и адрес текущего работодателя или название и адрес школы						
* Важная информация: Если вы ил	с до Если да: Прилагае соответсвенные д	окументы	с Если да: При соответсвен	да, направление до илагаете, пожалуйста, ные документы		

^{*} Важная информация: Если вы или ваш(а) супруг(а) ещё не достигнули возраста 23 года, вы или ваш(а) супруг(а) можете застраховаться совместно у одого из родителей. Если вы или ваш(а) супруг(а) живете отдельно от супруга/супруги/гражданского партнёра, надо проверять, можете ли застраховаться совместно (семейное страхование).

	Haben Sie Leistungen nac SGB II beantragt?	h dem		bzw. Bewill gsbescheid		er Nach	Ja Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen				
	Kunden-Nr. der Agentur fü (falls vorhanden)										
		- Nicht vo		teller ausfü	füllen/Vermerk der Behörde						
	Mögliche Ausschlussgründ Hilfe zum Lebensunterhalt		Nein Ja				Nein Ja				
III.	Bankverbindung										
	Geldinstitut		Bankleitzahl		Kontonummer	•	Kontoinhab	er/in			
	IBAN				BIC		-				
IV.	Aufenthalt										
	Anschrift				Lage der Woh	nung/Etage	Telefonnum	mer (freiw	villige Angabe)		
	in Berlin seit	im Bezirk seit		zuletzt wohnh	aft						
V.	Unterkunft										
V.1	Mietwohnung →	Name und A	Anschrift de	s Vermieter	·s	Eigenl	heim	→	Bitte Anlag	ge .	
	Hauptmieter/in					Eigent	tumswohnung	→	3 ausfüller	n,	
	Untermieter/in →	Name des l	Hauptmiete	rs		☐ verwa	ndt :haftsgemeins	schaft	dann weite bei V.2	er	
	Miete insgesamt (EUR/mtl.)	Warmwasserko	sten	Miete bezahlt	bis		nde (von/bis/EUR)		00. 7.2		
		(EUR/mtl.)						→	Bitte Anlag	ае	
	Heizkostenvorschuss (EUR/mtl.)	Kabelfernsehen	ı (EUR/mtl.)		achweis ügen	Gekündig	ıt zum	→	6 ausfüller		
V.2	Größe der Unterkunft des	Antragsteller	S Gesam	ntwohnfläche (m	12)	Wohn	geld		Bitte		
	Anzahl der Zimmer ohne Küche/Ba	d				wird gezahlt Wohngeld wir nicht gezahlt			Bescheid beifügen		
		melheizung rale Warmwa	asserversor	gung O	fenheizung	Gashe			chtstrom- eicherheizur	ng	
	Wohnraum wird → untervermietet	ahl vermieteter L	eerzimmer	Miete (EUR/mtl.)	Zahl ve	rmieteter möb	lierter Zimmer	Miete (E	UR/mtl.)		
	Wohnraum kann G	rund						1			
	untervermietet werden										
Wohnraum kann →											
	nicht untervermietet werden										
	Ich/Wir habe/n freies W	ohnrecht bei	i: Nan	ne:							
	Wenn Sie in einer stationä	ren	Anschrift der Wohnung vor de				chrift der	Wohnu	ing vor	der	
	Einrichtung (z. B. Heim, Be		Anschrift der Wohnung vor der Aufnahme in die Einrichtung				chrift der nahme in die			uer	
	Wohngemeinschaft, Krank										
	leben: Wo haben Sie vorher gev	vohnt									
	(gewöhnlicher Aufenthaltsc										

			ODLI	OLI	20110777	ANOLA	1011				
	Вы подали заявление о в соответствии с SGB II (ко социального права, част	одекс			не яете подтве согласии/об	рждение	или	да Предста решени	авляете по, е о согласи	нет дтверж ии/об от	дение или казе
	идентификационный номо занятости (если у вас ест										
		- не запол	тняете/	отме	етка ведоі	<u>иства</u>		•			
	возможные причины отка		_ нет	-				нет			
	пособий для поддержані	ия жизни	да					да			
III.	банковские реквизиты		l 6-						Г		
	банковское учреждение		код ба	нка		номер ба	нковско	го счета	владелец (счета	
	ИБАН (международный номер	р банковского с	чёта)			БИК (банк	овский	идентифик	 кационный к	од)	
IV.	проживание										
	адрес					местопол)	номер теле	ефона (,	добровольно)
	в Берлине с	в округ с			последнее	место про	Я				
V.	жилье										
V.1	снимаемая квартира 👈	фамилия, и	імя и ад	ірес і	квартиросд	ачика		собствені частная к			заполните, пожалуйста,
	основной съёмщик субквартирант	фамилия и	имя осн	ЮВНС	ого съёмщи	ка	, <u> </u>	оодственный козяйственное объединеин			приложение 3, потом дальше в V.2
	квартирная плата в целом (евро/месяц)	расходы на те (евро/мес <mark>яц)</mark>	заплачена до прило пожал			до (с/до		лженность (/евро)	по квартирно	й плате	заполните, пожалуйста,
	аванс расходов на отопление (евро/месяц)	кабельное тел (евро/месяц)						договор найма расторгнут к -			приложение 6
V.2	размер жилья заявителя количество комнат без кухни.	/ванной	совокупная жилая п			квартиры (V			особие на оп Wohngeld) о пособия на отиры	→	приложите, пожалуйста, справку
	горяче	тральное отс ее водоснабжение товлением горяче	с централ		анным -	чное опление	1	азовое от	гоплениє	отопл	рическое пение с ночным раккумулированием
	субаренду	колчество комна мебели, сданных		1-	вартирная пла евро/месяц)			тво меблированных комнат, их в аренду			оная плата есяц)
	можно одать в	емля								1	
	субаренду жилую площадь нельзя сдать в субаренду →										
	У меня/У нас право свободно	ого жительства у:	: фамилия, имя:								
	Если вы живете в статио (например в инвалидном	адрес до приёма в статионар				адрес до приёма в статионар					
	сопровождаемом прожив больнице): Где вы жили раньше? (местопребывание)										

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

Personen			
Wenn Ja, tragen Sie	ien im gemeinsamen Haushal bitte die weiteren Personen rsonen bitte Zusatzblatt verw	in der Reihenfolge des Geb	Ja Ne purtsdatums ein.
	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in / Partner/in			
Geschlecht	weiblich männlich	weiblich männlich	weiblich männl
Geburtsdatum Geburtsort			
	ledig	ledig	ledig
Familienstand			
	seit	seit	seit
	deutsch	deutsch	deutsch
Staatsangehörigkeit	andere:	andere:	andere:
	(sofern bereits eine Arbeitsgeneh-	(sofern bereits eine Arbeitsgeneh-	(sofern bereits eine Arbeitsgeneh-
	migung erteilt wurde, bitte beifügen)	migung erteilt wurde, bitte beifügen)	migung erteilt wurde, bitte beifüger
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?	Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?	Einschätzung nac mindestens drei Stun- täglich e Erwerbstätigkeit auf o allgemeinen Arbeitsm nachgehen?
	Ja Nein, weil	Ja Nein, weil	Ja Nein, weil
Haben die o.g. Personen Leistungen nach dem SGB II beantragt?	Ja Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	Ja Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	Ja Neir Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
	Nicht vom Antragsteller au		_
Mögliche Ausschlussgründe	Nein	Nein	Nein
für die Hilfe zum Lebensunterhalt	Ja	Ja	Ja

личное положение лиц,	проживающих вместе с	заявителем	
	пицами? сите в список эти другие лица , используетесь дополнительны л и		□да □ нет
	личный номер 3	личный номер 4	личный номер 5
фамилия, по возможности фамилия по рождению			
Имя			
степень родства с заявителем			
Пол	женскиймужской	женский мужской	женскиймужской
Дата рождения место рождения			
Семейное положение	холост/не замужем с (дата)	холост/не замужем с (дата)	
Гражданство	☐ немецкое☐ другое(если разрешение на работу уже данное, пожалуйста, прилагаете ero)	 ☐ немецкое ☐ другое (если разрешение на работу уже данное, пожалуйста, прилагаете его) 	 ☐ немецкое ☐ другое (если разрешение на работу уже данное, пожалуйста, прилагаете его)
идентификационный номер агенства занятости (если есть)			
трудноспособность (информация требуется только при достижении возраста 15 лет)	Он/Она - в Вашей оценке - может работать на общей рынке труда как минимум 3 часа ежеднквно?	Он/Она - в Вашей оценке - может работать на общей рынке труда как минимум 3 часа ежеднквно?	Он/Она - в Вашей оценке - может работать на общей рынке труда как минимум 3 часа ежеднквно?
	□ да □ нет, потому что	□да нет, потому что	□ да □ нет, потому что
Подали вышеуказанные лица заявление о пособиях в соответвсвие с SGB II [кодекс социального права, часть 2]?	да нет Прилагаете подтверждение или решение о согласии/об отключении	Да Прилагаете подтверждение или решение о согласии/об отключении	данет Прилагаете подтверждение или решение о согласии/об отключении
идентификационный номер агенства занятости (если есть)			
	- не заполнаете/о	тмека ведомства	
возможные причины отказа от пособиях поддержания жизни	нет	нет	
	Да	Да	Да

VII.	Unterhaltspflich	ntiae	e Angehöric	ne außerhalb		des Haushalts (Kinder, Eltern)								
	Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Geburts- tag, bzw. Alter	Familien- stand	Ve sch ver	rwandt- nafts- hältnis zum tragsteller	aus	geübte igkeit	Ansch	rift	Art und Höhe des Unter- haltsbeitrages			
VIII.	Einkünfte aller l	Hau	shaltsange	hörigen		Beträge (E	UR)			s Zeitraumes (mtl eise beifügen	./wöchentl./tgl.)			
	Bezeichnung	Ве	ewilligungs- stelle	Geschäftsze en, Renten- abrechnungs nummer, o. å	3 -	Personenzii	ffer	Persone 2		Personenziffer 3	Personenziffer 4			
	Nichtselbständige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung , Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen) Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss) Gewerbebetrieb Land- und Forstwirtschaft Sonstige selbständige Tätigkeiten Vermietung und Verpachtung Wohngeld/Last enzuschuss Renten /													
	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.	родственники	на содержан	ии, которые	не	живут вме	сте	с Вами	(дети,	родители)	
	фамилия, при необходимости, фамилия при рождении, имя	дата рождения, возраст	семейное положение	род	епень дства с явителем	ема	ществля ія тельност	адрес		вид и размер содержания
VIII.	доходы всех л домохозяйств	иц совместн а	ЮГО			сум ежед	іма (евро) цневно). По	и период эжалуйс	д (ежемесячно, еж та, приложите под	енедельно, тверждение.
	обозначение	учреждение предоставления	номер докуме номер удержан пенсии и т.д	ния	личный номе	p 1	личный н	юмер 2	личный номер 3	личный номер 4
	наёмный труд									
	(трудовой доход, оплата труда в период профессионального обучения, оплата мастерской для инвалид									
	пособия больнично кассы (включая прибавка работодателя)	й								
	коммерческое предприятие									
	селько- и лесохозяйство									
	прочие самостоятельные труды									
	доходы от аренды									
	субсидия для оплать квартиры/пособия, вы, собственнику дома	даваемые								
	ПЕНСИИ (например пенсия по инвалидности, пенсия по старости, пенсия по инвалидности вследстви трудного увечья, селькохозяйственная пенсия по старости, вдовленсия, пенсия, пенсия, пенсия,	е								
	выплачиваемая детям застрахованных лиц пори смерти последных, пенс по опекупнскому страхованию, надбавие пенисии на детей, пособ по уходу больным к пенс трудовая пенсия, пособи по воспитание детей,	ия к бие сии,								
	прочие пенсии)	Übersetzung	gen erstellt du elle für Flüchtl	rch (inae	das Projekt " und Migran	Forr	nulare ve 1en (Berli	rstehba n): www	r machen" der K v.kub-berlin.org/f	ontakt- und ormularprojekt/

			ORIGINAL			
	D 212	Geschäfts- zeichen,	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Bezeichnung	Bewilligungs- stelle	Rentenabrech- nungsnummer, o. ä.	Beträge (EUR)) und Angabe des Bitte Nachwe		./wöchentl./tgl.)
Sozialhilfe- leistungen						
Grundsicherun gsleistungen						
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, Arbeitsför- 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. Schadensersatzansprüche)						
Kein Einkommen						

обозначение	учреждение предоставления	номер документа,	личный номер 1	личный номер 2	личный номер 3	личный номер 4
		номер удержания	сумма (евр	о) и период (ежемес		
		пенсии и т.д.		Пожалуйста, прило	жите подтвержден	ие.
пособия социально помощи	Й					
пособия базового обеспечения						
ооеспечения социальная помощь л	ицам,					
претендующим на убе						
пособия по закону военных обязательствах	Þ					
пособия по закону компенсации ущер причинённого войн (например пособие на алименты, пособие по у за больным, пенсия по компенсации)	ба, ой					
пособия агенства занятости (например пособие по безработице [ALG], посо по безработице II [ALG пособие помощи вернувшимся из заключ в устройстве на работу, пособие на профессиональное обуч пособие стимулировани занятости и другие)], ения ение,					
пособие на ребёнк	a					
надбавка к пенсии детей	на					
родительское посо	бие					
сокращение срока обучения						
алименты						
алиментный аванс						
частноправовые притязания дежные						
(например деньги за довольствие, право жительства, карманные деньги, пожизненная ре пособие по уходу за больным)	нта,					
возврат налогов						
доходы из капитала (например процент						
прочие доходы						
(например претензии по возмещению убытков						
нет дохода	Übersetzungen e	rstellt durch das f ligrant_innen (Be	Projekt "Formulare rlin): www.kub-be	verstehbar mach	en" der Kontakt- oiekt/	und Beratungsstelle

Sind Leistungen r	nac	h Nr. VIII. bea	antra	gt, über die noch i	nicht e	ntschieden	wui	de?	
	Α	tuo ao deterra	- اسم	lan Laiatura		Diametetelle		l Cooob#ffs	h a n
Personenziffer	An	ntragsdatum	AIT 0	ler Leistung		Dienststelle	unc	l Geschäftszeic	nen
Werden einmalige Nein Ja	Ei	nnahmen erv	varte	t, z. B. eine Steuer	rückz	anlung?			
Personenziffer	Ar	t der Leistung						Zeitpunkt	EUR
Vom Einkommen	evt	I. absetzbare	Betr	äge					
Keine absetz- baren Beträge		Personenziff	er 1	Personenziffer 2	Perso	onenziffer 3	Pe	rsonenziffer 4	Personenziffer 5
Ausgaben mtl. Betrag									
Einkommensteuer*	:								
Krankenver- sicherung*									
Pflegeversicherung	J*								
Arbeitslosenver- sicherung*									
Rentenversicherun	g*								
Kirchensteuer*									
Unfallversicherung									
Altersvorsorge- beiträge									
Hausratsver- sicherung									
Sterbeversicherung)								
Lebensversicherun	g								
Haftpflichtver- sicherung									
Aufwendungen für Arbeitsmittel									
Beiträge für Berufsverbände									
Mehraufwendunger für doppelte Haushaltsführung	n								

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

Поданны пособия по н ☐нет ☐да Ь	номер VIII, которые	е ещё н	е решили?					
личный номер	дата подачи	вид по	особия		ведомство и но	мер,	документа	
Pri wašto o suovnotiu	 	400 DOS	222222222222222222222222222222222222222					
Вы ждёте однократнь ☐ нет ☐ да ↓	іх доходов, наприк	иер воз	зврата налогов?					
личный номер	вид пособия						дата	евро
израсходованна	я сумма дохо	дов, і	возможно необл	тагаем	ая налого	М		
нет израсходованн суммы доходов, необлагаемой налогом	ой личный номер 1	1	личный номер 2	личный	і номер 3	ЛИЧН	ый номер 4	личный номер 5
ещемесячный расход	Ы							
подоходный налог								
страхование на случа болезни	й							
страхование на случа	ай							
потребности в уходе				1				
страхование по безработице								
пенсионное								
<u>страхование</u> церковный налог								
страхование от								
несчастных случаев инвестирование в								
пенсию по старости								
страхование домашнего имуществ	а							
страхование смерти								
страхование жизни								
страховаине от ответственности за								
причинение вреда								
расходы на орудие труда								
взносы в профессиональные ассоциации								
дополнительные расходы на двойное ведение домашнего хозяйства								

^{*} информация не требуется, если работодатель или организауия, управляющая пенсионным страхованием, уже очислали эти суммы

	_			ORIG	INAL		•		
	Personenz	iffer 1	Persone	enziffer 2	Perso	nenziffer 3	Per	rsonenziffer 4	Personenziffer 5
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle Fahrkosten zur Arbeitsstelle mit	km		k	:m		km		km	km
- öffentlichen Verkehrsmitteln									
- PKW									
- Kleinst-PKW (bis 500 ccm)									
- Motorrad									
- Mofa									
- Sonstiges									
Nähere Begründung zu "Sonstiges"									
Vermögensverhäl	tnisse (ggf. a	auf ges	onderter	n Blatt forts	etzen)				
Zutreffendes bitte a	ınkreuzen un	d ausf	üllen	Personenz 1	ziffer	Personenziff 2	er	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Sparguthaben / Bargeld	Ja Nein		→						
Wertpapiere	Ja Nein		→						
Sachwerte von besonderem Wert	Ja → Nein	Art							
sonstiges Vermögen (Forderungen und anderes)	Ja → Nein	Art							
Verschenktes Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre (auch Grund- vermögen)	Ja → Nein	Art							
Kraftfahrzeug	Ja Nein	amtl. Kennz	eichen						
Fabrikat	Baujahr	Halter							
Hauseigentum oder Grundbesitz Bitte Anlage 3 ausfüllen	Ja Nein	•	→						
Staatlich geförderte private Altersvorsorge	Ja Nein	•	→						

HDED	SETTINIC	I TRANSI	
UDER	3E ZUNU	IIRANSL	_AIIUI

	личный но	мер 1	личны	й номер 2	лич	ный номер 3	יאת	чный номер 4	личный номер 5
расстояние между квартирой и местом работы, а стоимость проезда в	КМ			км		км		КМ	км
общественный транспорт									
легковой автомобиль маленький легковой									
автомобиль (до 550 куб.см.) мотоцикл									
мотовелосипед									
прочие									
подробное обоснование категории "прочие"									
имущественное	положени	е (при	необход	цимости пр	одод	жаете на дог	ЮЛНІ	ительном лис	ге)
Пожалуйста, отметит нужное	е крестиком і	и заполн	ните	личный ном	иер 1	личный номер	2]	пичный номер 3	личный номер 4
сберегатальный вклад/наличные	да нет		→						
ценные бумаги	да нет		→						
ценные предметы осовенной ценности	да → нет	вид							
прочее имущество	да → нет	вид							
подаренное в течении последных 10 лет имущество (даже земельное имущество)	да → нет	вид							
автотранспортное средство	да нет		оственныі оационны						
тип	год выпуска	владел	ец						
домовладение или землевладение заполните, пожалуйста, приложение 3	да нет		→						
частное инвестирование в пенсию при поддерже госуларства	да нет		→						

	Zutreffendes bitte a	nkreuzen und ausfüllen	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4	
	Ansprüche aus Übertragsver- trägen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	Ja → Nein					
	Sonstiges Vermögen	Ja → Nein					
XI.	Sonstige Angaber	n, z. B. über persönliche, far	miliäre, gesundhei	tliche Verhältnisse			
XII.	Leistungen für be	sondere 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:						
		Mütter nach der 12. Schwan	Name:	Vorname:			
	→ Vorlage Mutters	schaftspass erforderlich		Voraussichtliche Geburtstermin	r		
		rte Menschen, die das 15. L n und Leistungen zur Teilhab halten		Name:	Vorname:		
	→ Vorlage des Be	willigungsbescheides					
		lige Ernährung aus medizini erhältlicher Vordruck ist vom n		Name:	Vorname: Vorname:		
XIII.		Antrages sind die Anlagen	<u> </u>				
	1 - Unterhalt			ingliederungshilfe	6 – Mietschul	den	
XIV.	Dem Antrag sind t	folgende Unterlagen beige	fügt				

	Пожалуйста, отметите нужное	крестиком и заполните	личный номер 1	личный номер 2	личный номер 3	личный номер 4	
	претензии на основании договоров переноса (например право жительства, право пользования, право на отцовский надел	да → нет					
	прочее имущество	да → нет					
XI.	дополнительная инф например личное, се	ормация мейное, медицинское полож	жение				
XII.		бие дополнительные и овиях могут быть предоставлен		эльные потребности	NOTODIJE DOKUPIBSKUTCE	пособием по	
	социальному страхован домохозяйства.	нию и не могут быть установлен	ны с помощью вышесказ	анных данных. Это ра	аспространяется на вс	сех лиц совместного	
	предъявлю следующие дополнительные потребности:						
				фамилия	имя		
	затратное питание	по медицинским показаниям		фамилия имя			
		кет быть поличен у учреждения ен быть заполен лечащим врачо		фамилия имя			
XIII.	составной част	ью заявки являются	приложения	ММА	·		
	1 - алименты	2 - иностранцы 3 - зег	млевладени 🔲 вернув	зание помощи шимся из заключения в стве на работу	5 - задолженнос плате	ги по квартирной	
XIV.	К заявке прила	гаются следующие пр	риложения				
	1						

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 Antrag	stellers/Datum	ggf. Unterschrift des nicht getrennt lebenden Ehegatten
	Niema Amerikaitt unt Dienatate	Harris del Hartana alcolftoda a Arrifa alconomida e (Datona
	Name, Anschrift, ggf. Dienstste	lle und Unterschrift des Aufnehmenden/Datum
Falls vom		
Antragsteller nicht		
selbst oder nicht		
vollständig ausgefüllt		
volistaridig adsgeralit		

Информации в заяавке и в принадлежащих приложениях я дал/а полностью и достоверено.

В соответствии с § 60, абзац 1 п. 2 SGB I [кодекс социального права] я немедленно извещу ведомство, предоставляющее пособие (земля Берлин, представленную районным управлением Берлина, сектор социальное обеспечение / молодежь и спорт, или земельное ведомство по делам здоровоохранения и социального обеспечения / ЦЛА [центральное учреждение для соискателей статуса беженца]), если

- меняется мое личное или экономическое положение
- меняются положения членов домохозяйства
- я подаю заявление на пенсию или похожие пособия

Также меня достаточно информировали о тем, что в случае определённого подозрения в обмане в служебном порядке в соответствии с §§ 20, 21, 69 и 71 SGB X (кодекс социального права) данные об обостоятельствах дела могут собираться - без моего участия.

Услуги будут потребованы обратно от меня в том случае, если я их получил(а) несправедливо, например, потому, что я заведомо или по грубой несторожности дал(а) ложные сведения.

Ведомство, предоставляющее пособие по SGB XII (кодексу социального права) AsylbLG (закону о предоставлении социальной помощи лицам, претендующим на убещице) в тот период, в которой я получаю услуги от него, имеет право переносить на себе претензии на пособия, которые я могу заявить к другому ведомству, предоставляющемк пособие.

Это действительно и в том случае, если требование ведомства, предоставляющего пособие о возмещении к другим преимущественным обязанным ведомствам, предоставляющим пособие (например больничная или пенсионная касса) из-за причин судопроизводства не может быть удовлетворено, и поэтому я в тот самый период получил(а) пособия от обоих ведомств. В этих случаях я буду обязан возместить пособия, данные по SGB XII / AsylbLG (кодексу социального права / закону о предоставлении социальной помощи лицам, претендующим на убещице).

Меня поставили в известность о тём, что взносы на мое довровольное страхование на случай болезни или на случай потребности в уходе переводятся прямо в больничную кассу или в кассу по уходу.

подпись заявителя, дата		по возможности подпись в совместном проживании супруга/и
Если заявитель не сам(а) или не полностью заполнил(а) заявку	фамилия, имя, адрес, по возможно	ости учреждение и подпись принимающего, дата

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

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 (BGBI. I, S. 130 ff.),

zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBI. I S. 2749)

Elftes Buch (SGB XI)

Artikel 1 des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit

vom 26. Mai 1994 (BGBI. I, S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 2a des Gesetzes

vom 15. Juli 2013 (BGBI. I S. 2423).

Zwölftes Buch (SGB XII) in der Fassung vom 27. Dezember 2003 (BGBI. I, S. 3022),

zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 01. Oktober 2013 (BGBI. 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 (BGBI. 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 BGBI. III unter 2170-1-4 veröffentlichten bereinigten Fassung,

zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBI. 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 (BGBI. I, S

3022)

памятка заявления о предоставлении о социальной помощи по SGB XII (кодексу социального права) или о пособиях по AsyILG (закону о предоставлении социальной помощи лицам, претендующим на убещице)

В соответствии с § 60 SGB I (кодекс социального права) заявитель должен/должна содействовать разъяснению обостоятельств дела и установлению предпосылок для социальных выплат. Отсутствие ответов может привести к тому, что заявленные пособия не предоставят. Пределы содействования установлены § 65 SGB I (кодекс социального права).

Далее вам назовут юридические основания, в силу которых собрали необходимую информацию:

* Следующие абзацы мы не переводили. Если вы хотите получить информацию о юридических основаниях, пожалуйста, обратитесь за помощью к человеку, который достаточно знает немецкий язык.

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