

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:
25.9.2017

***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>

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 <input type="checkbox"/> Sozialhilfe nach SGB XII <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> innerhalb einer Einrichtung <input type="checkbox"/> außerhalb einer Einrichtung					
I. Antragsteller/in (Personenziffer 1)		Ehegatte/Lebenspartner/in (Personenziffer 2)			
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		<input type="checkbox"/> nicht im gemeinsamen Haushalt →		keine weiteren Angaben auf dieser Seite; nur Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen	
Geburtsdatum	Geburtsort/Kreis/Land	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> im gemeinsamen Haushalt ↓		
<input type="checkbox"/> minderjährig →		Bitte Anlage 1 Buchstabe B ausfüllen		Name, ggf. Geburtsname, Vorname	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft		<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		Seit	bitte Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen
Geburtsdatum		Geburtsort/Kreis/Land			
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch → ↓		bitte Anlage 2 ausfüllen		Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch → ↓	
bitte Anlage 2 ausfüllen		bitte Anlage 2 ausfüllen		bitte Anlage 2 ausfüllen	
Personal-dokument bitte vorlegen	ausgestellt von (Dienststelle)	gültig bis	Personal-dokument bitte vorlegen	ausgestellt von (Dienststelle)	gültig bis
<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓		<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓		<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓	
bis	von (Dienststelle)	Geschäftszeichen	bis	von (Dienststelle)	Geschäftszeichen
<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz <input type="checkbox"/> es besteht Beistandschaft		bitte Bestallung beifügen		<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz <input type="checkbox"/> es besteht Beistandschaft	
<input type="checkbox"/> bitte Bestallung beifügen		bitte Bestallung beifügen		<input type="checkbox"/> bitte Bestallung beifügen	
<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A - <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B - <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -		ausgestellt am	<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A - <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B - <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -		ausgestellt am
ausgestellt von (Dienststelle)		ausgestellt von (Dienststelle)		ausgestellt von (Dienststelle)	
Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen)		gültig bis	Merkzeichen (G, aG)	gültig bis	Merkzeichen (G, aG)
Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

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

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

<input type="checkbox"/> İlçe Belediyesi Çalışma alanı Sosyal işler <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> SGB XII yasasına göre sosyal yardım <input type="checkbox"/> AsylbLG yasasına göre yardım		Lütfen uygun olanı işaretleyiniz ve doldurunuz	Mevcut alanın yetmediği durumlarda vereceğiniz bilgiler için • dilekçenin XI. bölümünü veya • ayrı bir yaprak kullanınız
Yardımın türü <input type="checkbox"/> Kurum dahilinde <input type="checkbox"/> Kurum haricinde			
I. Dilekçe sahibi (1. şahıs)		Eşi/hayat arkadaşı (2. şahıs)	
Soyadı, varsa evlenmeden önceki soyadı, adı		<input type="checkbox"/> Aynı hanede yaşamıyor →	Bu sayfada başka bilgi verilmesine gerek yok; sadece ek 1, A paragrafını doldurunuz
Doğum tarihi	Doğum yeri/İl/Ülke <input type="checkbox"/> erkek <input type="checkbox"/> kadın	<input type="checkbox"/> aynı hanede yaşıyor ↓	
<input type="checkbox"/> reşit değil →		Lütfen Ek 1, B paragrafını doldurunuz	
Medeni hali <input type="checkbox"/> bekar <input type="checkbox"/> evlilik benzeri birliktelik <input type="checkbox"/> kayıtlı yaşam ortaklığı		<input type="checkbox"/> evli <input type="checkbox"/> sürekli ayrı yaşıyor <input type="checkbox"/> boşanmış <input type="checkbox"/> dul	Sayfa → Lütfen Ek 1, A paragrafını doldurunuz
Doğum tarihi		Doğum yeri/İl/Ülke	
Uyuşuğu <input type="checkbox"/> Alman <input type="checkbox"/> → ↓		Lütfen Ek 2'yi doldurunuz	
Lütfen kimliğinizi ibraz ediniz		Uyuşuğu <input type="checkbox"/> Alman <input type="checkbox"/> ↓	
verildiği yer (makam)		Lütfen kimliğinizi ibraz ediniz	
geçerlilik süresi		verildiği yer (makam)	
geçerlilik süresi		geçerlilik süresi	
<input type="checkbox"/> şimdiye kadar herhangi bir yardım alınmadı <input type="checkbox"/> yardım alındı ↓		<input type="checkbox"/> şimdiye kadar herhangi bir yardım alınmadı <input type="checkbox"/> yardım alındı ↓	
şu tarihe kadar	(Resmi daire) tarafından	Dosya numarası	şu tarihe kadar
<input type="checkbox"/> Bakım kanununa göre bir bakım mevcut <input type="checkbox"/> Kayımlık mevcut	→	Lütfen kayımlık tayin belgesini ekleyiniz	<input type="checkbox"/> Bakım kanununa göre bir bakım mevcut <input type="checkbox"/> Kayımlık mevcut
<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Alman kökenli göçmen) - Kimlik A <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Alman kökenli göçmen) - Kimlik B <input type="checkbox"/> Geç dönem Alman kökenli göçmen - Federal İdare Dairesi (BVFG §15, 1. fıkrasına göre) kayıt belgesi ve vesikası <input type="checkbox"/> Geç dönem Alman kökenli göçmen eşi veya nesli - Federal İdare Dairesi (BVFG §15, 2. fıkrasına göre) kayıt belgesi ve vesikası <input type="checkbox"/> Sovyetler bölgesinden mülteci - Kimlik C -	→	verildiği tarih verildiği yer (makam)	<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Alman kökenli göçmen) - Kimlik A <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Alman kökenli göçmen) - Kimlik B <input type="checkbox"/> Geç dönem Alman kökenli göçmen - Federal İdare Dairesi (BVFG §15, 1. fıkrasına göre) kayıt belgesi ve vesikası <input type="checkbox"/> Geç dönem Alman kökenli göçmen eşi veya nesli - Federal İdare Dairesi (BVFG §15, 2. fıkrasına göre) kayıt belgesi ve vesikası <input type="checkbox"/> Sovyetler bölgesinden mülteci - Kimlik C -
verildiği tarih verildiği yer (makam)	→	verildiği tarih verildiği yer (makam)	→
Ağır engelli kimliği (kimlik fotokopisini ekleyiniz)	geçerlilik süresi	İşaret (G, aG)	geçerlilik süresi
Dilekçe verildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	İşaret (G, aG)	Dilekçe verildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	İşaret (G, aG)

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>

<p>Sozialversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> keine (Begründung auf Seite 4 -XI-)</p> <p><input type="checkbox"/> Rentenversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeversicherung</p> <p>Krankenversicherung:</p> <p><input type="checkbox"/> Pflichtversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Familienversicherung *</p> <p><input type="checkbox"/> Private Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V</p>	<p>Sozialversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> keine (Begründung auf Seite 4 -XI-)</p> <p><input type="checkbox"/> Rentenversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeversicherung</p> <p>Krankenversicherung:</p> <p><input type="checkbox"/> Pflichtversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Familienversicherung *</p> <p><input type="checkbox"/> Private Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V</p>
---	---

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

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

Sosyal sigorta <input type="checkbox"/> yok (gerekçe için sayfa 4 -XI-) <input type="checkbox"/> Emeklilik sigortas, <input type="checkbox"/> Bak,m sigortas, Hastal,k sigortas, : <input type="checkbox"/> Mecburi sigorta <input type="checkbox"/> •htiyari sigorta <input type="checkbox"/> Aile sigortas, <input type="checkbox"/> Özel sigorta <input type="checkbox"/> § 264, SGB V uyar,nca hastal,k sigortalar,nca bak,m	Hastal,k sigortas, kurumu Emeklilik sigortas, kurumu Emeklilik sigortas, numaras,	Sosyal sigorta <input type="checkbox"/> yok (gerekçe için sayfa 4 -XI-) <input type="checkbox"/> Emeklilik sigortas, <input type="checkbox"/> Bak,m sigortas, Hastal,k sigortas, : <input type="checkbox"/> Mecburi sigorta <input type="checkbox"/> •htiyari sigorta <input type="checkbox"/> Aile sigortas, <input type="checkbox"/> Özel sigorta <input type="checkbox"/> § 264, SGB V uyar,nca hastal,k sigortalar,nca bak,m	Hastal,k sigortas, kurumu Emeklilik sigortas, kurumu Emeklilik sigortas, numaras,
---	---	---	---

II. Çal,fabilirlik ya da çal,famazl,k durumu		
	Ki,i numaras, 1	Ki,i numaras, 2
f u anda çal,,,yor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hay,r <input type="checkbox"/> Evet Yapt,€,n,z i, •,, veren	<input type="checkbox"/> Hay,r <input type="checkbox"/> Evet Yapt,€,n,z i, •,, veren
Çal,,,abilirlik durumu	Genel i,, piyasas,nda –kendi de€erlendirmenize göre– günde en az 3 saatlik bir i,,te çal,,,abilir misiniz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hay,r, çünkü	Genel i,, piyasas,nda –kendi de€erlendirmenize göre– günde en az 3 saatlik bir i,,te çal,,,abilir mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hay,r, çünkü
Çal,,,ma gücünüzde SGB VI, 43. maddesinin 2. paragraf,na göre bir azalma oldu€u tespit edildi mi? (AB emekli maa,,)	<input type="checkbox"/> Hay,r <input type="checkbox"/> Evet süresiz: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hay,r Hangi zaman dilimi için?	<input type="checkbox"/> Hay,r <input type="checkbox"/> Evet süresiz: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hay,r Hangi zaman dilimi için?
SGB XI Bak,m Sigortas, Yasas,n,n tan,mılad,€, „ekliyle bak,ma muhtaç m,s,n,z?	<input type="checkbox"/> Hay,r <input type="checkbox"/> Evet Kademe:	<input type="checkbox"/> Hay,r <input type="checkbox"/> Evet Kademe:
Meslek e€itimi gören ö€renci/yüksek ö€renim ö€rencisi (okul ö€rencisi)	<input type="checkbox"/> Hay,r , <input type="checkbox"/> Evet, meslek e€itimi /yüksek ö€renim ö€rencisi, bölüm ...	<input type="checkbox"/> Hay,r <input type="checkbox"/> Evet, meslek e€itimi /yüksek ö€renim ö€rencisi, bölüm ...
f u andaki i,,verenin ad,, adresi veya ö€renim görülen okulun ad,		
Yat,l olarak kal,nan bir kurulu,,ta yerle,,ik	<input type="checkbox"/> Hay,r <input type="checkbox"/> Evet, tahsis süresi ...'dan ...'ye Cevap evet ise: Lütfen gerekli evraklar, ibraz ediniz.	<input type="checkbox"/> Hay,r <input type="checkbox"/> Evet, tahsis süresi ...'dan ...'ye Cevap evet ise: Lütfen gerekli evraklar, ibraz ediniz.

* Önemli bilgiler: Kendiniz veya hayat arkada,,n,z 23 yaf,n, doldurmam,f olmak kayd,yla anne veya baban,z üzerinden aile sigortal,s, olabilirsiniz. Kendiniz veya hayat arkada,,n,z e,,inizden/kay,tl, oldu€unuz ya,,am orta€,n,zdan ayr, ya,,yorsan,z, bu ki,i üzerinden aile sigortal,s, olup olamayaca€,n,z ara,t,r,l,r.

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>

Haben Sie Leistungen nach dem SGB II beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 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	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Mietwohnung → <input type="checkbox"/> Hauptmieter/in <input type="checkbox"/> Untermieter/in →	Name und Anschrift des Vermieters Name des Hauptmieters	<input type="checkbox"/> Eigenheim → <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung → <input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> Wirtschaftsgemeinschaft	Bitte Anlage 3 ausfüllen, dann weiter bei V.2
	Miete insgesamt (EUR/mtl.)	Warmwasserkosten (EUR/mtl.)	Miete bezahlt bis	Mietrückstände (von/bis/EUR) →
			Bitte Nachweis beifügen	Gekündigt zum →
	Heizkostenvorschuss (EUR/mtl.)	Kabelfernsehen (EUR/mtl.)		Bitte Anlage 6 ausfüllen
				→
V.2	Größe der Unterkunft des Antragstellers Anzahl der Zimmer ohne Küche/Bad	Gesamtwohnfläche (m ²)	<input type="checkbox"/> Wohngeld wird gezahlt → <input type="checkbox"/> Wohngeld wird nicht gezahlt	Bitte Bescheid beifügen
Heizungsart/ Warmwasser	<input type="checkbox"/> Sammelheizung <input type="checkbox"/> Zentrale Warmwasserversorgung	<input type="checkbox"/> Ofenheizung	<input type="checkbox"/> Gasheizung	<input type="checkbox"/> Nachtstromspeicherheizung
<input type="checkbox"/> Wohnraum wird untervermietet → <input type="checkbox"/> Wohnraum kann untervermietet werden <input type="checkbox"/> Wohnraum kann nicht untervermietet werden →	Zahl vermieteter Leerzimmer	Miete (EUR/mtl.)	Zahl vermieteter möblierter Zimmer	Miete (EUR/mtl.)
	Grund			
<input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n freies Wohnrecht bei: Name: 				
Wenn Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Betreute Wohngemeinschaft, Krankenhaus) leben: 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		

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

SGB II uyarınca herhangi bir yardım için dilekçe verdiniz mi?		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Delil veya tahsis karar, ya da ret karar,		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Delil veya tahsis karar, ya da ret karar,	
Çalışma ajansı, n. n. verdi mi? (varsa)							
- Dilekçe sahibi tarafından doldurulmayacaktır/resmi dairenin notu							
Geçim yardım, verilmesinden hariç tutulması, gerektiren nedenler		<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet			<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet		
III. Banka bilgileri							
Banka		Banka kodu		Hesap numarası,		Hesap sahibi	
IBAN				BIC			
IV. Kametgah							
Adresi			Dairenin bulunduğu kat		Telefon numarası, (belirtmek gönüllülük temelindedir)		
Berlin'de ne zaman beri yaşıyor		Çevrede ne zaman beri yaşıyor		Daha önceki adres			
V. Mesken							
V.1							
<input type="checkbox"/> Kira →		Ev sahibinin adı ve adresi			<input type="checkbox"/> Kendi evi →		Lütfen Ek 3'ü doldurunuz, sonra da V.2 ile devam ediniz
<input type="checkbox"/> Esas kiracı, →		Esas kiracı, n. n. adı,			<input type="checkbox"/> Kendi daresi →		
<input type="checkbox"/> Kiracı, n. n. kiracı, s. →					<input type="checkbox"/> Akraba		Lütfen Ek 6'yı doldurunuz
					<input type="checkbox"/> Ekonomik ortak ev		
Toplam kira (aylık EUR olarak)		Su, çak su giderleri (aylık EUR olarak)		Kira, n. ne zaman kadar ödendi, oldu		Ödenmemiş, kiralar (ne zamandan ne zaman kadar EUR olarak) →	
İs, n. m. giderleri avansı, (aylık EUR olarak)		Kablolu televizyon (aylık EUR olarak)		Lütfen delil belgesini ekleyiniz		Meskenin hangi tarihte boşaltılacağı, →	
V.2							
Dilekçe sahibinin meskeninin alan, Mutfak/banyo d. n. n. da kalan odaların sayısı, s.			Meskenin toplam alanı, (metrekare olarak)			<input type="checkbox"/> Kira yardımı, ödeniyor →	
						<input type="checkbox"/> Kira yardımı, ödenmiyor	
Lütfen belgesini ekleyiniz							
İs, n. m. türü/s, çak su <input type="checkbox"/> Toplu kalorifer <input type="checkbox"/> Merkezi s, çak su sistemi <input type="checkbox"/> Sobalı, s, n. m. <input type="checkbox"/> Gazlı, s, n. m. <input type="checkbox"/> Gece elektriği ile çalışmayan kalorifer							
<input type="checkbox"/> Kamet alan, başka birine kiralanabilir →		Başka birine kiralanmış, boş odaların sayısı, s.		Kira (aylık EUR olarak)		Başka birine kiralanmış, mobilyalı odaların sayısı, s.	
<input type="checkbox"/> Kamet alan, başka birine kiralanmış, →		Nedeni					
<input type="checkbox"/> Kamet alan, başka birine kiralanamıyor →							
<input type="checkbox"/> Ben/biz a, a, € daki kişinin yan, n. da kira vermeden oturuyoruz:				Soyad,:			
Yatılı olarak kalınan bir kuruluştaki (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 erbitten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>

VI.	Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen		
Leben weitere Personen im gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum Geburtsort			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit <input type="checkbox"/> _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>
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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Haben die o.g. Personen Leistungen nach dem SGB II beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 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	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

VI.	Dilekçe sahibi ile aynı hanede yaşayan diğer kişilerin dilekçe sahibine olan kişisel bağlantısı		
Ortak hanede başka kişiler de ikamet ediyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> kadın <input type="checkbox"/> erkek	<input type="checkbox"/> kadın <input type="checkbox"/> erkek	<input type="checkbox"/> kadın <input type="checkbox"/> erkek
Doğum tarihi Doğum yeri			
Medeni hali	<input type="checkbox"/> bekar <input type="checkbox"/> ne zamandan beri	<input type="checkbox"/> bekar <input type="checkbox"/> ne zamandan beri	<input type="checkbox"/> bekar <input type="checkbox"/> ne zamandan beri
Uyruğu	<input type="checkbox"/> Alman <input type="checkbox"/> Diğer (çalışma izni varsa lütfen buraya ekleyiniz)	<input type="checkbox"/> Alman <input type="checkbox"/> Diğer (çalışma izni varsa lütfen buraya ekleyiniz)	<input type="checkbox"/> Alman <input type="checkbox"/> Diğer (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? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır, çünkü	Genel iş piyasasında –kendi değerlendirmenize göre– günde en az 3 saatlik bir işte çalışabilir mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır, çünkü	Genel iş piyasasında –kendi değerlendirmenize göre– günde en az 3 saatlik bir işte çalışabilir mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır, çünkü
Yukarıda belirtilen kişiler SGB II uyarınca herhangi bir yardım için dilekçe verdi mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Delil veya tahsis kararı ya da ret kararı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Delil veya tahsis kararı ya da ret kararı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 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	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> 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>

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	Geschäftszeich en, 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)						

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

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

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

Gelirin türü	Maaşı başlayan 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) Lütfen belgelerini ekleyiniz			
Sosyal yardım						
Temel güvence yardımı						
Mültecilere verilen yardım						
Federal Sosyal Bakım Yasası uyarınca alınan yardım						
Denkleştirme Dairesinden alınan yardım (örneğin nafaka yardımı, bakım parası, tazminat maaşı)						
Çalışma ajansından alınan maaş ve yardımlar (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 (Örneğin gıda harcamaları, ikamet hakkı, harçlık, ömür boyu bağlanan emeklilik, bakım parası)						
Vergi iadesi						
Sermaye kazancı (örneğin faiz)						
Diğer gelirler (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>

Sind Leistungen nach Nr. VIII. beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↓			
Personenziffer	Antragsdatum	Art der Leistung	Dienststelle und Geschäftszeichen
Werden einmalige Einnahmen erwartet, z. B. eine Steuerrückzahlung?			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↓			
Personenziffer	Art der Leistung	Zeitpunkt	EUR

IX.	Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge				
<input type="checkbox"/> 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

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

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

<input type="checkbox"/> 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>

	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle Fahrkosten zur Arbeitsstelle mit	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km
- öffentlichen Verkehrsmitteln	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- PKW	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Kleinst-PKW (bis 500 ccm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Motorrad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Mofa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Sonstiges	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nähere Begründung zu „Sonstiges“	<input type="text"/>				

X. Vermögensverhältnisse (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Sparguthaben / Bargeld <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wertpapiere <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sachwerte von besonderem Wert <input type="checkbox"/> Ja → Art <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sonstiges Vermögen (Forderungen und anderes) <input type="checkbox"/> Ja → Art <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verschenktes Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre (auch Grundvermögen) <input type="checkbox"/> Ja → Art <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	amtl. Kennzeichen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fabrikat	Baujahr	Halter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hauseigentum oder Grundbesitz Bitte Anlage 3 ausfüllen <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatlich geförderte private Altersvorsorge <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

	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	<input type="checkbox"/> Evet → <input type="checkbox"/> Hayır				
Hisse senetleri	<input type="checkbox"/> Evet → <input type="checkbox"/> Hayır				
Değerli mallar	<input type="checkbox"/> Evet → Türü <input type="checkbox"/> Hayır				
Diğer varlıklar	<input type="checkbox"/> Evet → Türü <input type="checkbox"/> Hayır				
Son 10 yıl içinde hediye edilmiş bulunan varlık (temel varlıklar da dahil olmak üzere)	<input type="checkbox"/> Evet → Türü <input type="checkbox"/> Hayır				
Motorlu araç	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Plaka numarası			
Markası	Üretim tarihi	Aracın sahibi			
Ev veya arazi mülkiyeti Lütfen Ek 3'ü doldurunuz	<input type="checkbox"/> Evet → <input type="checkbox"/> Hayır				
Devlet teşviki ile yaşlılık sigortası	<input type="checkbox"/> Evet → <input type="checkbox"/> 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>

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen		Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein				
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> Für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche → Vorlage Mutterschaftspass erforderlich	Name: _____ Vorname: _____ Voraussichtlicher Geburtstermin _____
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderte Menschen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitslaben erhalten → Vorlage des Bewilligungsbescheides	Name: _____ Vorname: _____
<input type="checkbox"/> Kostenaufwendige Ernährung aus medizinischen Gründen → vom Sozialamt erhältlicher Vordruck ist vom behandelnden Arzt auszufüllen	Name: _____ Vorname: _____ Name: _____ Vorname: _____

XIII.	Bestandteile des Antrages sind die Anlagen
<input type="checkbox"/> 1 - Unterhalt <input type="checkbox"/> 2 - Ausländer <input type="checkbox"/> 3 - Grundbesitz <input type="checkbox"/> 4 – Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> 6 – Mietschulden <input type="checkbox"/> _____	

XIV.	Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

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, işe hakkı)	<input type="checkbox"/> Evet → <input type="checkbox"/> Hayır				
Diğer varlıklar	<input type="checkbox"/> Evet → <input type="checkbox"/> 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:

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

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

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

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, başka 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

Gerekliyse 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>

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