Aktenzeichen: **41.1-**

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

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

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

Persönliche Daten / *Особисті дані*

	1 Antragsteller(in) *Заявник*	**2** Weitere Person *Додаткова особа* ☐ Partner(in) oder *Партнер(ка) або* ☐ Kind *Дитина*	**3** Kind *Дитина*	**4** Kind *Дитина*
Nachname *Прізвище*				
Vorname *Ім'я*				
Geburtsname *дівоче прізвище або прізвище при народженні*				
Geburtsdatum, -ort und -land *Дата та місце народження*				
Einreisedatum Deutschland *Дата в'їзду в Німеччину*				
Staatsangehörigkeit *Громадянство*				
Ausländerzentralregisternummer (**AZR**) *Центральний реєстраційний номер іноземних громадян*				
Rentenversicherungsnummer (falls bekannt) *Номер пенсійного страхування (якщо відомий)*				

Geschlecht *Стать*	☐ weiblich / *жіноча* ☐ männlich / *чоловіча* ☐ divers / *третя стать*	☐ weiblich / *жіноча* ☐ männlich / *чоловіча* ☐ divers / *третя стать*	☐ weiblich / *жіноча* ☐ männlich / *чоловіча* ☐ divers / *третя стать*	☐ weiblich / *жіноча* ☐ männlich / *чоловіча* ☐ divers / *третя стать*
Familienstand *Сімейний стан*	☐ ledig *Неодружений / незаміжня* ☐ verheiratet *одружений /одружена* ☐ verwitwet *Вдова / вдівець* ☐ geschieden *розлучений / розлучена*	☐ ledig *Неодружений / незаміжня* ☐ verheiratet *одружений /одружена* ☐ verwitwet *Вдова / вдівець* ☐ geschieden *розлучений / розлучена*	☐ ledig *Неодружений / незаміжня* ☐ verheiratet *одружений /одружена* ☐ verwitwet *Вдова / вдівець* ☐ geschieden *розлучений / розлучена*	☐ ledig *Неодружений / незаміжня* ☐ verheiratet *одружений /одружена* ☐ verwitwet *Вдова / вдівець* ☐ geschieden *розлучений / розлучена*

Meine Bedarfsgemeinschaft hat weitere Personen. *в моєму домогосподарстві є подальші особи*	☐ nein / *ні* ☐ ja / *так* **Anzahl /** *Число*: ☐ Dann Formblatt weitere Personen verwenden. *В такому разі використовуйте форму для подальших осіб.*

Kontaktinformationen / ***Контактна інформація***

Straße, Hausnummer / *Вулиця, номер будинку*	
wohnhaft bei (c/o) / *резидент (c/o)*	
Postleitzahl, Ort / *Поштовий індекс та назва міста*	
Telefonnummer [1] / *Номер телефону*	
E-Mail [1] / *Електронна пошта:*	

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

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

Entstehen Ihnen Kosten für Miete oder Unterbringung in einer Pension? *Ви платите за оренду житла або проживання в готелі?*	☐ nein / *ні* ☐ ja / *так*
Grundmiete oder Pensionskosten *Базова орендна плата або кошти за готель*	Euro
Nebenkosten *комунальні витрати*	Euro
Heizkosten *Витрати на опалення*	Euro
Wie viele Personen bewohnen die Wohnung/Unterkunft insgesamt? *Скільки всього людей проживає в квартирі/житлі?*	_____ *(Anzahl)* *Число*:

Angaben zum Aufenthaltsrecht /
Інформація щодо перебування

Aufenthaltsstatus *Правова підстава перебування*	☐ Aufenthaltserlaubnis nach § 24 AufenthG / *дозвіл на проживання згідно із § 24 AufenthG* ☐ Fiktionsbescheinigung bei Antrag auf § 24 AufenthG / *Підтвердження про тимчасовий дозвіл на проживання згідно з § 24 AufenthG (Fiktionsbescheinigung)* ☐ Niederlassungserlaubnis / Дозвіл *на постійне проживання* ☐ Sonstige: _____ *Тощо:*

Kranken- und Pflegeversicherung / *Медичне страхування та страхування по догляду*

Sind Sie bei einer Krankenkasse angemeldet *Ви зареєстровані в медичній страховій компанії*	☐ nein / *ні* ☐ ja / *так,*
Wenn ja. Name der Krankenkasse. *Якщо так. Назва медичної страхової компанії.*	_____
Wenn nein. Name der Wunschkrankenkasse *Якщо ні. Назва бажаної медичної страхової компанії*	_____

Mehrbedarfe / *Додаткові потреби*

Ich bin schwanger / *Я вагітна*	☐ nein / *ні* ☐ ja / *так*
Ich bin alleinerziehend / *Я одинокий* батько */ Я одинока мати*	☐ nein / *ні* ☐ ja / *так*

Einkommen und Vermögen / ***Доходи та активи (фінансові та матеріальні цінності)***

Ich habe Einkommen. / *У мене є доходи.* Art des Einkommens: / *Тип доходу:* Höhe des Einkommens: / *Сума доходу:*	☐ nein / *ні* ☐ ja / *так*
Andere Personen meiner Bedarfsgemeinschaft haben Einkommen. *Інші особи в моїй спільноті мають дохід.*	☐ nein / *ні* ☐ ja / *так*
Ich oder die anderen Personen meiner Bedarfsgemeinschaft verfügen über erhebliches Vermögen. / *Я або інші особи в моїй нужденній спільноті мають значні активи (фінансові або матеріальні цінності).* Erheblich ist kurzfristig für den Lebensunterhalt verwertbares Vermögen der Antragstellerin/des Antragstellers über 60.000 Euro sowie über 30.000 Euro für jede weitere Person in der Bedarfsgemeinschaft. Beispiele: Barmittel, Sparguthaben, Tagesgelder, Wertpapiersparpläne und -depots. ***У короткостроковій перспективі активи заявника в розмірі понад 60 000 євро, які можуть бути використані для прожиткового мінімуму, і понад 30 000 євро на кожну додаткову особу в нужденній спільноті, є значними. Приклади: готівка, заощадження, депозити овернайт, цінні папери та депозитарні рахунки.***	☐ nein / *ні* ☐ ja / *так*

Bankverbindung / **Банківські реквізити**

☐ Meine Leistungen sollen auf das folgende deutsche Konto überwiesen werden. *Моя соціальна допомога повинна бути переведена на наступний німецький рахунок.*	
Kontoinhaber(in) *Власник / власниця рахунку*	
IBAN	
BIC	
☐ Ich habe kein Konto. / *У мене немає банківського рахунку.*	

Ausbildung, Beruf und Sprache / **Освіта, професія та мова**

Ich habe einen Schulabschluss. / *Маю свідоцтво про здобуття повної загальної середньої освіти.*	☐ nein / *ні* ☐ ja / *так*
Berufliche Ausbildung (wenn nichts davon zutreffend ist, bitte frei lassen) / *професійно-технічна освіта (якщо не відповідає дійсності, не заповнюйте)*	☐ nein / *ні* ☐ ja / *так*
Hochschulstudium (wenn nichts davon zutreffend ist, bitte frei lassen) / *вища освіта (якщо не відповідає дійсності, не заповнюйте)*	☐ nein / *ні* ☐ ja / *так*
Letzter ausgeübter Beruf / *Ким Ви востаннє працювали?*	
Sprachkenntnisse / *Мовні знання*	

Hinweise zum Datenschutz: / *Примітки щодо захисту даних:*

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 - 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie beim Jobcenter.

Наступні дані підпадають під соціальну таємницю. Інформація про Вас збирається на підставі §§ 60 - 65 Першої книги Соціального кодексу (SGB I) і §§ 67a, b, c Десятої книги Соціального кодексу (SGB X) для виплати соціальних пільг згідно з Другою книгою Соціального Кодексу SGB II. Інформацію про захист даних можна отримати в Центрі зайнятості.

Ihre Mitwirkungspflichten / *Ваші зобов'язання співпрацювати*

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

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

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragsstellers

Підпис заявника

Datum, Vor- und Zuname / *Підпис Дата, ім´я та прізвище*	**Unterschrift** / *Підпис*

Unterschrift weiterer volljähriger Personen

Підпис заявника

Datum, Vor- und Zuname / *Підпис Дата, ім´я та прізвище*	**Unterschrift** / *Підпис*

Unterschrift weiterer volljähriger Personen

Підпис заявника

Datum, Vor- und Zuname / *Підпис Дата, ім´я та прізвище*	**Unterschrift** / *Підпис*

Aktenzeichen: **41.1-**

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

Formular weitere Personen / форму для подальших осіб

Antragsteller/in / заявник

Nachname/ *Прізвище* Vorname / *Ім'я*

A1. Persönliche Daten weitere Personen / *Особисті дані подальших осіб*

	5 Kind *Дитина*	**6** Kind *Дитина*	**7** Kind *Дитина*	**8** Kind *Дитина*
Nachname *Прізвище*				
Vorname *Ім'я*				
Geburtsname *дівоче прізвище або прізвище при народженні*				
Geburtsdatum, -ort und -land *Дата та місце народження*				
Einreisedatum Deutschland *Дата в'їзду в Німеччину*				
Staatsangehörigkeit *Громадянство*				
Ausländerzentralregisternummer (**AZR**) *Центральний реєстраційний номер іноземних громадян*				
Rentenversicherungsnummer (falls bekannt) *Номер пенсійного страхування (якщо відомий)*				
Kundennummer (falls bekannt) *Номер клієнта (якщо відомо)*				

Geschlecht *Стать*	☐ weiblich / *жіноча* ☐ männlich / *чоловіча* ☐ divers / *третя стать*	☐ weiblich / *жіноча* ☐ männlich / *чоловіча* ☐ divers / *третя стать*	☐ weiblich / *жіноча* ☐ männlich / *чоловіча* ☐ divers / *третя стать*	☐ weiblich / *жіноча* ☐ männlich / *чоловіча* ☐ divers / *третя стать*
Familienstand *Сімейний стан*	☐ ledig *Неодружений / незаміжня* ☐ verheiratet *одружений /одружена* ☐ verwitwet *Вдова / вдівець* ☐ geschieden *розлучений / розлучена*	☐ ledig *Неодружений / незаміжня* ☐ verheiratet *одружений /одружена* ☐ verwitwet *Вдова / вдівець* ☐ geschieden *розлучений / розлучена*	☐ ledig *Неодружений / незаміжня* ☐ verheiratet *одружений /одружена* ☐ verwitwet *Вдова / вдівець* ☐ geschieden *розлучений / розлучена*	☐ ledig *Неодружений / незаміжня* ☐ verheiratet *одружений /одружена* ☐ verwitwet *Вдова / вдівець* ☐ geschieden *розлучений / розлучена*

Meine Bedarfsgemeinschaft hat weitere Personen. *В моїй нужденній спільноті є більше осіб.*	☐ nein / *ні* ☐ ja / *так* **Anzahl /** *Число***:** ☐ Dann Formblatt weitere Personen verwenden. *В такому разі використовуйте форму для подальших осіб.*

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragsstellers

Підпис заявника

Datum, Vor- und Zuname /
Підпис Дата, ім´я та прізвище

Unterschrift /
Підпис

Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK):

AOK Bayern

Betriebskrankenkassen:

Audi BKK
Bahn-BKK
Bertelsmann BKK
Betriebskrankenkasse der G. M. Pfaff AG Kaiserslautern
Betriebskrankenkasse Firmus
Betriebskrankenkasse Mobil
Betriebskrankenkasse Schwarzwald-Baar-Heuberg
Betriebskrankenkasse Vereinigte Deutsche Nickel-Werke
Betriebskrankenkasse WMF Württembergische Metallwarenfabrik AG
BKK24
BKK Akzo Nobel Bayern
BKK Diakonie
BKK Dürkopp Adler
BKK Euregio
BKK exklusiv
BKK Faber-Castell & Partner
BKK Freudenberg
BKK Gildemeister Seidensticker
BKK Herkules
BKK Linde
BKK Melitta HMR
BKK Pfalz
BKK Provita
BKK Public
BKK Scheufelen
BKK Technoform
BKK VBU
BKK Verbundplus
BKK Werra-Meissner
BKK Wirtschaft & Finanzen
BKK ZF & Partner
Bosch BKK
Continentale Betriebskrankenkasse
Daimler Betriebskrankenkasse – betriebsbezogen
Debeka BKK
Die Bergische Krankenkasse
Energie-Betriebskrankenkasse
Gemeinsame Betriebskrankenkasse der Gesellschaften der Textilgruppe Hof
Heimat Krankenkasse
Mhplus Betriebskrankenkasse
Novitas BKK
Pronova BKK
R+V Betriebskrankenkasse
Salus BKK
Securvita BKK
Siemens-Betriebskrankenkasse
SKD BKK
Südzucker BKK – betriebsbezogen
TUI BKK
Viactiv BKK
Vivida BKK

Ersatzkassen:

Techniker Krankenkasse
Barmer Ersatzkasse
DAK-Gesundheit
Handelskrankenkasse
HEK – Hanseatische Krankenkasse
Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Innungskrankenkassen:

Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit
IKK classic
IKK gesund plus
IKK Südwest
IKK – Die Innovationskasse
Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin