

Alg II Hauptantrag

Arabisch / عربي

2018-04-01

https://con.arbeitsagentur.de/prod/apok/ct/dam/download/documents/Antrag-ALGII_ba015207.pdf

اللغة
آخر
التحديثات
الملف
الأصلي

Achtung: Dieses Dokument ist eine Ausfüllhilfe. Bitte das Originalformular in deutscher Sprache ausfüllen!

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.

تنبيه: إن هذا الملف هو للمساعدة في تعبئة المعلومات المطلوبة. يرجى تعبئة هذا الملف باللغة الألمانية!

عند تعبئة البيانات بشكل شخصي يمكن أن تحدث بعض الأخطاء، وهذا بدوره قد يؤدي إلى عواقب غير مرغوبة، لذلك ننصح بالحصول على الإستشارة قبل التعبئة.

تم ترجمة هذه الوثائق بأفضل طريقة من قبل متطوعين ذوي خبرة، ولكن لا تتحمل KuB e. V. أية مسؤولية تجاه ذلك.

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

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf betterplace.org/projects/16145.

Hauptantrag

Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts
nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden
Sie zu der jeweiligen Nummer
in den Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter



2

HA

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Tag der Antragstellung

Kundennummer

Nummer der Bedarfsgemeinschaft

Dienststelle | Team

Antragstellerin/Antragsteller hat sich
ausgewiesen durch

- Personalausweis
- Reisepass
- Sonstiges Ausweispapier (z. B. elektronischer Aufenthaltstitel):

Gültig bis

AZR-Nummer

Personenkennnummer (bei rumäni-
schen und bulgarischen Staatsange-
hörigen)

Handzeichen, Datum

Antrag vollständig am

Statistische Erfassung am

Arbeitsaufnahme am

Anlage EK/Einkommens-
bescheinigung ausgehändigt

Erste Lohn-/Gehaltszahlung am

Sonstiges (z. B. Schulausbildung/
Berufsausbildung/Studium) ab

Handzeichen, Datum

1. Meine persönlichen Daten

1.1 Allgemein

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer wurde beantragt
Straße, Hausnummer	
ggf. wohnhaft bei	
Postleitzahl	Wohnort
▶ Die Angaben zur Telefonnummer und zur E-Mail-Adresse sind freiwillig. <input type="radio"/>	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

1.2 Mein Familienstand

Ich bin		
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit	
Meine gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft ist		
<input type="checkbox"/> eingetragen seit	<input type="checkbox"/> aufgehoben seit	

1.3 Meine Bankverbindung

▶ Leistungen nach dem SGB II werden in der Regel auf ein Konto überwiesen.

Kontoinhaberin/Kontoinhaber	Kreditinstitut
IBAN <input type="radio"/>	
▶ Die IBAN finden Sie in der Regel auf Ihrem Kontoauszug.	

الطلب الرئيسي

الطلب من أجل المعونة المالية لتأمين مستلزمات الحياة حسب الكتاب الثاني من كتاب التأمين الاجتماعي SGB II



يرجى وضع الإشارة



تجدون المزيد من الإرشادات لكل فقرة في ملحق ملئ البيانات

تتوفر وثيقة الإرشادات والأوراق الأخرى على الإنترنت على الموقع التالي
www.arbeitsagentur.de

1. بيانات الشخصية

1.1 معلومات عامة

الإسم	اللقب (دكتور، استاذ الخ)
الإسم عند الولادة (إذا كان مختلفاً)	الكنية (إسم العائلة)
تاريخ الولادة	مكان الولادة (المدينة)
الجنسية	بلد الولادة
تم تقديم طلب الحصول على رقم التأمين التقاعدي <input type="checkbox"/> التقاعدي	رقم التأمين التقاعدي
إسم الشارع، رقم البيت	
مقيم/ أسكن مع	
المدينة	الرمز البريدي
معلومات البريد الإلكتروني والهاتف هي طوعية. ▶	
البريد الإلكتروني	رقم الهاتف

1.2 الحالة الإجتماعية

أنا	<input type="checkbox"/> أمملاة	<input type="checkbox"/> متزوجة	<input type="checkbox"/> عازبة
منفصلة من تاريخ	<input type="checkbox"/>	مطلقة من تاريخ	<input type="checkbox"/>
علاقتي المثلية مع شريكي/ شريكتي في الحياة هي:			
تم إيقافها من تاريخ	<input type="checkbox"/>	مسجل منذ	<input type="checkbox"/>

1.3 معلومات الحساب المصرفي (البنك)

إسم البنك	إسم صاحب الحساب
رقم الحساب الدولي	
يمكن العثور على رقم الحساب المصرفي الدولي IBAN في كشف حسابك المصرفي. ▶	



2

HA

ملاحظات التحرير

التعبئة من مكتب العمل فقط



1.4 Meine persönlichen Angaben

Ich habe für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen. Ja Nein

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Ich bin **Spätaussiedlerin/Spätaussiedler** und besitze noch nicht die **deutsche** Staatsangehörigkeit.

► Falls ja, legen Sie bitte den Aufnahmebescheid vor.

Ich bin **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**.

► Legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)) vor.

Ich bin – meiner Einschätzung nach – **gesundheitslich** in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens **drei Stunden täglich** auszuüben.

► Wenn Sie Nein angekreuzt haben, besteht für Sie möglicherweise kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II. Sie können in diesem Fall Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen.

Ich bin **Schülerin/Schüler**.

Dauer der Schulausbildung von - bis

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Schulbescheinigung) vor.

Ich bin **Studentin/Student**.

Dauer des Studiums von - bis

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Immatrikulationsbescheinigung vor.)

Ich habe Leistungen nach dem **Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)** beantragt. Ja Nein

► Falls ja, legen Sie bitte einen Nachweis über die Antragstellung oder – soweit über Ihren BAföG-Antrag bereits entschieden wurde – den entsprechenden Bescheid über die Bewilligung oder Ablehnung vor.

Ich bin **Auszubildende/Auszubildender**.

Dauer der Ausbildung von - bis

► Falls ja, legen Sie bitte den Ausbildungsvertrag vor.

Während der Ausbildung bin ich in einem **Wohnheim, Internat** oder beim **Ausbilder mit voller Verpflegung** oder **anderweitig mit Kostenerstattung** für Unterkunft und Verpflegung untergebracht.

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

Ich befinde mich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (z. B. Krankenhaus, Altenheim, Justizvollzugsanstalt).

Dauer der Unterbringung von - bis

Art der stationären Einrichtung

► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und die Dauer vor.

2. Personen in meiner Bedarfsgemeinschaft

► Leben Sie allein, sind unter Abschnitt 2 keine weiteren Angaben erforderlich. Bitte weiter bei Abschnitt 3.

Zu meiner Bedarfsgemeinschaft gehört/gehören neben mir ____ weitere Person/en.

Folgende Aussagen treffen auf meine Bedarfsgemeinschaft zu:

► Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

Ich lebe zusammen mit meiner **Ehegattin/meinem Ehegatten**. Wir leben **nicht** dauernd getrennt.

Ich lebe zusammen mit meiner **eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerin/meinem eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner**. Wir leben **nicht** dauernd getrennt.

Ich lebe mit meiner Partnerin/meinem Partner in einer **Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft** („eheähnliche Gemeinschaft“).

Ich lebe mit mindestens einem **unverheirateten Kind unter 25 Jahren** zusammen.

Ich bin **unter 25 Jahre** alt und lebe mit meinen Eltern bzw. einem Elternteil zusammen.

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Aufnahmebescheid

Ausbildungsvertrag

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

1.4 معلوماتي الشخصية

في الشهر الذي تقدمت فيه بهذا الطلب، حصلت أو طلبت الحصول على خدمات من مكتب عمل آخر.		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
▶ إذا كانت الإجابة بنعم، برجاء تقديم المستندات المثبتة لذلك.		
انا من أصول ألمانية و لا توجد لدي الجنسية الألمانية حتى الآن.		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
▶ إذا كانت الإجابة بنعم، برجاء تقديم الوثائق الداعمة، مثلا: قرار الحصول على إقامة أو بطاقة الإقامة في ألمانيا.		
لدي الحق في الحصول على مساعدات طبقا لقانون مساعدات الاجئين.		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
▶ يرجى تقديم الأدلة المناسبة (مثل تصريح الإقامة ، إذن الإقامة ، التسامح ، الإخطار من المكتب الفيدرالي للهجرة واللاجئين (BAMF)).		
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> حسب إعتقادي أستطيع من الناحية الصحية أداء نشاط عملي مدته على الأقل ثلاث ساعات يوميا.		
▶ إذا كانت الإجابة بلا، فلا يحق حينها لك الحصول على المعونة المالية حسب الكتاب الإجتماعي الثاني. يمكنك عندها تقديم طلب الحصول على معونة مالية حسب الكتاب الثاني عشر الإجتماعي (SGB XII).		
أنا تلميذ ١ تلميذة.		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
التدريب المدرسي هو من تاريخ - إلى تاريخ	لو الإجابة "نعم"، يجب تقديم ما يثبت (شهادات دراسية مثلا)	
أنا طالب / طالبة.		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
فترة دراستي هي من تاريخ إلى تاريخ	▶ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى تقديم الأدلة المناسبة (مثل شهادة التسجيل).	
لقد سلمت الطلب وفقًا لقانون دعم التعليم الألماني (BAföG).		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
▶ إذا كان الأمر كذلك ، فيرجى تقديم دليل على تقديم الطلب أو ، إذا كان قد تم بالفعل طلب Bafög الخاص بك ، فيرجى الإختيار المناسب بالمنحة أو الرفض.		
أنا متدرب ١ متدربة.		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
فترة التدريب من تاريخ إلى تاريخ	▶ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى تقديم عقد التدريب.	
<input type="checkbox"/> أقيم أثناء التدريب فى مسكن طلابي، مدرسة داخلية أو لدي** مدرب برعاية كاملة أو من جانب آخر بنظام إسترداد التكاليف** للإقامة والرعاية.		
▶ إذا كانت الإجابة بنعم، برجاء تقديم المستندات المثبتة لذلك.		
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> أنا حاليا أو سأكون قريبا في احدى الأماكن التالية. مثلا: (مستشفى، دار المسونين، السجن).		
نوع مرفق المرضى الداخليين	فترة التسكين من تاريخ إلى تاريخ	
▶ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى تقديم شهادة إقامة صالحة ومدة الإقامة.		

2. الأشخاص في طلب مجموعة المعيشة المشتركة

الذين يعيشون بمفردهم ، لا توجد معلومات إضافية مطلوبة بموجب القسم 2، يرجى المتابعة مع القسم 3.

بالإضافة لي يوجد _____ أشخاص آخرين في مجموعتي المعيشية المشتركة.

المعلومات التالية تنطبق على الأشخاص في مجموعتي المعيشية المشتركة:

▶ هنا يمكنكم إختيار أكثر من جواب واحد.

أنا أعيش مع زوجي/زوجتي. نحن لا نعيش منفصلين بشكل دائم.

أنا أعيش مع شريكي/شريكتي المسجلة في علاقة مثلية**. لا نعيش منفصلين/منفصلتين بشكل دائم.

أنا أعيش مع شريكي \ شريكتي في الحياة مع كل المسؤوليات في العلاقة (علاقة زوجية بدون زواج رسمي).

أعيش مع على الأقل طفل واحد** غير متزوج وتحت السن 25**.

** عمري أقل من 25 عامًا وأعيش مع والدي أو أحد الوالدين.

2.1 Persönliche Daten der weiteren Person/en meiner Bedarfsgemeinschaft

► Berücksichtigen Sie hier die Person/en, die außer Ihnen zur Bedarfsgemeinschaft gehört/gehören. Da Sie die Leistungen beantragen, wird davon ausgegangen, dass Sie auch die Vertretung Ihrer Bedarfsgemeinschaft übernommen haben. Dies gilt nicht mehr, wenn über 15-jährige Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft gegenüber dem Jobcenter erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen, z. B. durch eine eigene Antragstellung (§ 38 SGB II). Zu den nicht vertretenen Personen sind hier keine Angaben erforderlich.

Bitte füllen Sie für jedes Kind unter 15 Jahren die _____, für die Person, mit der Sie in einer Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft leben, die _____ und für alle anderen Personen, die Sie vertreten, jeweils die _____ aus. Dies gilt auch dann, wenn es sich hierbei um ein minderjähriges Kind handelt, das sich (z. B. aufgrund eines geteilten Umgangsrechts) nicht durchgehend in Ihrem Haushalt aufhält.

Ich füge diesem Antrag ___ **Anlage/n KI**, ___ **Anlage VE** und ___ **Anlage/n WEP** bei.

2.2 Meine Haushaltsgemeinschaft

In meinem Haushalt wohnt/wohnen neben mir _____ weitere Person/en, die nicht zur Bedarfsgemeinschaft, jedoch zur Haushaltsgemeinschaft gehört/gehören.

► Bitte machen Sie Angaben zu Personen, die mit Ihnen in einer Haushaltsgemeinschaft wohnen, in der _____

3. Prüfung eines Mehrbedarfs

Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

Ich bin **alleinerziehend**.

Ich bin **schwanger**.

► Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.

Ich habe einen Mehrbedarf für die dezentrale Warmwassererzeugung.

Ich benötige aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**.

► Bitte füllen Sie die _____ aus.

Ich habe eine **Behinderung und** erhalte

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) **oder**
- sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes **oder**
- Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII.

► Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.

Ich bin **nicht erwerbsfähig** und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 152 Abs. 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G oder aG**.

► Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.

Ich habe regelmäßig einen **unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen besonderen Bedarf**, den ich nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (z. B. Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts bei getrennt lebenden Eltern).

► Bitte füllen Sie die _____ aus.

4. Einkommen

Ich erziele Einkommen und/oder übe eine selbständige Tätigkeit Ja Nein (auch in der Land- und Forstwirtschaft) aus.

► Falls ja, füllen Sie bitte für _____ sich und ggf. _____ für jede weitere Person Ihrer Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren jeweils die _____ aus. Bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit füllen Sie bitte **zusätzlich** die _____ aus.

5. Vermögen

Ich besitze Vermögen. Ja Nein

► Bitte tragen Sie Angaben über die Vermögensverhältnisse von sämtlichen Personen der Bedarfsgemeinschaft in die _____ ein.

6. Vorrangige Ansprüche

6.1 Anspruch gegenüber der Agentur für Arbeit

► Wenn Sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) bereits beantragt haben, tragen Sie dies bitte in **Abschnitt 6.4** ein. Sollte das Arbeitslosengeld aktuell bereits bewilligt sein, tragen Sie dies in **Abschnitt 2** ein. Dies gilt auch, wenn eine Sperrzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben in **Abschnitt 6.1** machen.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage KI
 Anlage VE
 Anlage WEP

Anlage HG

 Anlage KDU

Anlage MEB

Anlage BB

Anlage EK
 Anlage EKS

Anlage VM

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

2.1 المعلومات الشخصية للشخص الأشخاص الآخرين في مجموعتي المعيشية المشتركة

هنا يمكنكم ذكر الشخص الأشخاص الذين هم تحت نفس مجموعتكم المعيشية المشتركة. بإعتبار أنكم تقدمون طلباً للمعونات المالية. يجب أن يكون لكم الحق في تمثيل الأفراد في المجموعة المعيشية المشتركة. التمثيل غير نافذ في جالا إذا كان فرد من المجموعة فوق الـ 15 عاماً يريد تمثيل نفسه في مركز العمل مثلاً عن طريق طلب آخر حسب القانون (المادة 38 من قانون الكتاب الإجتماعي الثاني). المعلومات غير مطلوبة من الأشخاص الذين لا تمثلهم المجموعة المعيشية المشتركة.

لكل طفل أقل من 15 عامًا ، يرجى ملء **Anlage KI** ، للشخص الذي تعيش معه في مجتمع يتحمل المسؤولية ، **Anlage VE** ، ولجميع الأشخاص الآخرين الذين تمثلهم ، على التوالي **Anlage WEP** . وينطبق هذا أيضًا إذا كان هذا الطفل قاصرًا وليس دائنًا في منزلك (مثلًا بسبب الحق في الوصول المشترك).

أرفق هذا الطلب **Anlage/n KI, ... Anlage VE und ... Anlage/n WEP** . Antrag ...

2.2 مجموعتي المقيمة في الوحدة السكنية

يعيش في وحدتي السكنية ____ أشخاص آخريين، والذين ليسوا في مجموعتي المعيشية المشتركة ولكنهم يعيشون بنفس الوحدة السكنية.

من أجل الأشخاص ذات صلة قرابة أو زواج يرجى تعبئة **Anlage HG**

3. معاينة الاحتياجات الأخرى

المعلومات هنا طوعية وهي مطلوبة فقط في حال إذا أردت تسجيل احتياجات أخرى.

أنا والداه وحيداً وحيدة (يعيش/تعيش لوحدها).

أنا حامل.

يرجى إحضار ورقة تثبت الوقت المتوقع للولادة.

لدي المزيد من الطلب على إنتاج الماء الساخن المركزي.

أحتاج لأسباب صحية إلى إتباع نظام غذائي مكلف مادياً.

يرجى ملئ **Anlage MEB** .

أنا لدي إعاقة وأحصل على

- فوائد المشاركة في الحياة العملية وفقاً من § 349 من الكتاب التاسع من القانون الإجتماعي (SGB IX) أو **
- مساعدات أخرى من أجل الحصول على عمل مناسب أو المساعدة على الاندماج وفقاً § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII.

يرجى تقديم ورقة إثبات مناسبة.

أنا ** غير قادر على العمل ** وحامل / حامل جواز سفر وفقاً § 152 SGB IX Abs. 5 مع **Merkzeichen** G أو **aG** .

يرجى تقديم ورقة إثبات مناسبة.

لدي حاجة خاصة دائمة، مؤكدة ومستمرة وليس لمرة واحدة، والتي لا يمكنني تغطيتها من خلال المدخرات أو مصادر أخرى (مثلاً: تكاليف احتياجات الأب الأم التي يعيش أو تعيش منفصل أو منفصلة).

يرجى تعبئة الطلب **Anlage BB** .

4. الدخل المالي

أكسب الدخل و / أو أمارس نشاط مستقل (أيضاً في الزراعة وإدارة الغابات). لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى ملء **Anlage EK** لنفسك ، وإذا كان ذلك ممكناً ، لكل شخص إضافي في مجتمع حاجتك الذي يبلغ من العمر 15 عامًا أو أكثر. في حالة العمل الحر ، يرجى ملء **Anlage EKS** بالإضافة.

5. الممتلكات أو الثروة

أنا أملك ثروة. لا نعم

يرجى تعبئة المعلومات عن الممتلكات للأشخاص في مجموعتك المعيشية **Anlage VM** .

6. الإستحقاقات ذات الأولوية

6.1 الإستحقاقات في مواجهة وكالة العمل

في حال إذا قد قمت مسبقاً بتقديم طلب للمعونة تحت الكتاب الثالث من قانون الشؤون الإجتماعية (SGB III) يرجى ملئ القسم 6.4. في حال إذا تمت الموافقة مسبقاً على طلب المعونة يرجى كتابة ذلك في نموذج المورد المالي في **Anlage EK** القسم 2 ، في حال إذا كانت هناك فترة إيقاف لا يجب أن تملأوا معلومات في القسم 6.1.

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung

▶ Die nachfolgenden Angaben dienen der Prüfung, ob ein Anspruch auf Arbeitslosengeld bestehen könnte.

▶ Hier sind Mehrfachnennungen möglich. Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

war ich **sozialversicherungspflichtig** beschäftigt.

von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit
von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit
von - bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit

war ich **selbständig** tätig.

von - bis	Art der Tätigkeit
-----------	-------------------

habe ich **Wehr- oder Ersatzdienst** geleistet.

habe ich **Angehörige gepflegt** (Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch).

habe ich **Entgeltersatzleistungen** erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem SGB III).

von - bis	Behörde	Leistung
von - bis	Behörde	Leistung

6.2 Ansprüche gegenüber Arbeitgebern

Ich erhebe Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (z. B. bei Zahlungsunfähigkeit/Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (z. B. bei noch ausstehenden Abfindungen).

Arbeitgeber	Anschrift
Grund	
Gericht	Aktenzeichen

▶ Bitte geben Sie den Namen und den Ort des Gerichtes an, bei dem die Klage anhängig ist.

6.3 Ansprüche gegenüber Dritten

Ich lebe bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner lebt getrennt von der Ehegattin/dem Ehegatten bzw. der eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerin/dem eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner.

▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.

Ich bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner war bereits verheiratet und diese Ehe wurde geschieden bzw. diese eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben.

▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.

Ich bzw. ein nicht verheiratetes/nicht in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft lebendes Mitglied meiner Bedarfsgemeinschaft bin/ist schwanger oder betreue/betruet ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren und kann deshalb nicht arbeiten.

▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.

Ein Kind in meinem Haushalt ist

- unter 18 Jahre alt oder
- zwischen 18 und 24 Jahre alt und macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen.

Ein Elternteil dieses Kindes lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage UH1

Anlage UH1

Anlage UH2

Anlage UH3

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

خلال الأعوام الخمسة الأخيرة قبل تقديم الطلب

يتم استخدام المعلومات التالية من أجل التأكد من إستحقاقكم لمعونات البطالة. ▶

هنا يمكنكم كتابة أكثر من جواب. يرجى تقديم الوثائق الداعمة. ▶

كنت أعمل وكان لدي تأمين إجتماعي.

	مقدم صاحب العمل	نوع العمل
إلى - من		
إلى - من	مقدم صاحب العمل	نوع العمل
إلى - من		
إلى - من	مقدم صاحب العمل	نوع العمل
إلى - من		
<input type="checkbox"/> كنت أعمل على حسابي الخاص \ أعمال حرة.		
إلى - من	نوع العمل	
إلى - من		
<input type="checkbox"/> قمت بأداء الخدمة العسكرية أو الوطنية.		
<input type="checkbox"/> لقد **أهتمت بالأقارب** (الرعاية تحت الكتاب الحادي عشر من القانون الإجتماعي).		
<input type="checkbox"/> تلقيت **معدلات التعويض** (مثلاً إعانة المرض ، إعانة البطالة وفقاً لـ SGB III).		
إلى - من	المكتب \ الجهة	قيمة التعويض
إلى - من	المكتب \ الجهة	قيمة التعويض

6.2 إستحقاقات في مواجهة أصحاب مقدمي العمل

لدي إستحقاقات ضد صاحب العمل (السابق) لدفع الأجر والرواتب المستحقة (مثلاً في حال عجز أو إفلاس صاحب العمل) أو لساعات العمل الإضافية بعد ترك العمل (مثلاً تعويضاً لإنهاء الخدمة \ العمل).

	مقدم صاحب العمل	العنوان
إلى - من		
السبب		
رقم الملف		
المحكمة		
يرجى إعطاء إسم ومكان المحكمة التي القضية معلقة فيها. ▶		

6.3 إستحقاقات ضد في مواجهة طرف ثالث

أنا أعيش منفصل \ منفصلة أو شريكي \ شريكتي الحالية يعيش أو تعيش منفصلة عن زوجها/زوجتها أو منفصل \ منفصلة عن شريكها المثلي أو شريكتها المثلية.

▶ يرجى ملئ **Anlage UH1**

أنا أو شريكي/شريكتي الحالية في الحياة كانت متزوجة/متزوجة وتم الطلاق أو شريكي/شريكتي المثلي/شريكتي المثلية كانت في علاقة مسجلة وتم إلغاء العلاقة المسجلة.

▶ يرجى ملئ **Anlage UH1**

أنا أو عضو غير متزوج/غير مسجل في شريكي من نفس الجنس حامل أو أهتم بهتم بطفل مولود خارج نطاق الزوجية وعمره تحت الـ 3 سنين ولذلك لا أستطيع/أستطيع العمل.

▶ يرجى تعبئة **Anlage UH2****

شخص من مجموعتي المعيشية

- أقل من 18 سنة أو
- ما بين عمر الـ 18 والـ 24 عاماً وهو/هي يذهب/تذهب إلى المدرسة أو مدرسة مهنية أو سيداً في وقت قريب.

أحد والدي هذا الشخص يعيش خارج مجموعتي المعيشية المشتركة.

▶ يرجى تعبئة **Anlage UH3**

Ich bin bzw. meine jetzige Partnerin/mein jetziger Partner ist

- unter 18 Jahre alt oder
- zwischen 18 und 24 Jahre alt und mache/macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen.

Mindestens ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.

Ich habe einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z. B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung). Ich bin deshalb hilfebedürftig geworden.

▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.

Ich habe einen Anspruch gegenüber Dritten (z. B. aus vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen).

Bezeichnung des Anspruchs _____

▶ Bitte weisen Sie den Anspruch durch entsprechende Unterlagen nach.

Für mich und/oder für ein Mitglied meiner Bedarfsgemeinschaft wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben.

▶ Bitte legen Sie hierzu geeignete Unterlagen vor (z. B. Kopie der Verpflichtungserklärung).

6.4 Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern/Familienkassen

Ich habe schon andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld, Rente, Kindergeld) **beantragt oder beabsichtige, einen Antrag zu stellen.**

Leistungsart	Sozialleistungsträger/Familienkasse
Antragsdatum	Leistungen beantragt ab
Name der Person, für die Leistungen beantragt wurden	

▶ Bitte legen Sie einen Nachweis vor, sofern schon über Ihren Antrag/Ihre Anträge entschieden wurde.

7. Kranken- und Pflegeversicherung

7.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin oder war zuletzt in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflicht- oder familienversichert.

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)
-----------------------	-----------------------	---

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Versicherung vor. Ersatzweise können Sie auch Ihre gültige elektronische Gesundheitskarte vorlegen.

Ich bin **familienversichert** und bin künftig pflichtversichert bei

- der bisherigen Krankenkasse.
- einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse	Sitz der Krankenkasse
-----------------------	-----------------------

▶ Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen Nachweis der Krankenkasse über Ihre Krankenkassenwahl vor, wenn Sie die Krankenkasse wechseln.

7.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung

Ich bin **privat** oder **freiwillig gesetzlich** versichert. Ich bin **nicht** versichert.

▶ Bitte füllen Sie die _____, Abschnitt 2 aus. ▶ Bitte füllen Sie die _____, Abschnitt 3 aus.

8. Kosten der Unterkunft und Heizung

Mir entstehen Kosten für Unterkunft und Heizung.

▶ Bitte füllen Sie die _____ aus.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage UH4

Anlage UF

Anlage SV

Anlage KDU

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

<input type="checkbox"/> أنا أو زوجتي (شريكتي) الحالية/ وزوجي (شريك) الحالي	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• أقل من 18 سنة أو• ما بين عمر الـ 18 و 24 عامًا وأفعل/يفعل/تفعل تدريب مهني في مدرسة أو عمل مهني أو أرغب/يرغب/ترغب في بدء واحدة من هذا النوع قريبًا. أحد من الوالدين يعيش خارج المجموعة المعيشية المشتركة. يرجى ملئ Anlage UH4** .	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> أنا أعاني من خلل صحي (مثلًا: بسبب حادث في عمل, حادث سير, حادث في ممارسة الرياضة أو في لعبة, خطأ في معالجة طبية, أو خلال مواجهة عنيفة). لذلك أنا في حاجة للمساعدة.	<input type="checkbox"/>
يرجى تعبئة Anlage UF .	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عندي إستحقاقات مالية في مواجهة طرف ثالث (مثلًا: تعويضات عقد عمل أو إستحقاقات للتعويض عن الأضرار). تحديد وتعريف نوع الإستحقاقات	<input type="checkbox"/>
يرجى إثبات الإستحقاقات من خلال الوثائق المناسبة.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> بالنسبة لي و/أو لأحد أفراد مجتمعي تم تقديم إعلان الإلتزام بمكتب سلطة الأجانب أو البعثة الأجنبية.	<input type="checkbox"/>
يرجى تقديم الوثائق المناسبة (مثل نسخة من إعلان الإلتزام).	<input type="checkbox"/>

6.4 إستحقاقات في مواجهة هيئات تقديم المعونات الإجتماعية ا صناديق دعم الأسرة

<input type="checkbox"/> لقد قدمت بالفعل بطلبات للحصول على إستحقاقات أخرى (مثل مال للسكن أو إستحقاقات البطالة أو المعاش التقاعدي أو إستحقاق الطفل) ** أو ** أنوي التقديم **.	<input type="checkbox"/>
هيئات المعونات الإجتماعية/صندوق دعم الأسرة	نوع المساعدة المالية
تسجيل الطلب للمساعدة المالية بتاريخ	تاريخ تقديم الطلب
إسم الشخص الذي تم تقديم الطلب من أجله/أجلها	
يرجى تقديم إثبات بأنه تم إقرار طلبك ا طلباتك.	

7. التأمين الصحي وتأمين الحماية عند العجز.

7.1 التأمين الإجباري قانونياً في التأمين الصحي وتأمين الحماية عند العجز

<input type="checkbox"/> أنا في أو كنت في ** التأمين الصحي والرعاية الصحية ** و لدي تأمين إلزامي أو عائلي.	<input type="checkbox"/>	
رقم التأمين الصحي (في حال وجد)	مركز شركة التأمين الصحي	إسم شركة التأمين الصحي
يرجى تقديم شهادة عضوية أو إثبات للتأمين الصحي من شركة التأمين الخاصة بك. بدلاً من ذلك , يمكنك أيضًا تقديم بطاقة الصحة الإلكترونية الصحيحة.		

<input type="checkbox"/> أنا أملك تأمين صحي عائلي , وفي المستقبل واجب عليا التأمين	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> شركة التأمين الحالية.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> شركة تأمين آخرة.	<input type="checkbox"/>
مركز شركة التأمين الصحي	إسم شركة التأمين الصحي
يرجى إحضار بطاقه إنتماء لشركة التأمين الصحية أو تغير الشركة التأمين الحالية.	

7.2 تأمين صحي شخصي أو قانوني أو لا أملك تأمين

<input type="checkbox"/> أنا أملك تأمين شخصي أو قانوني.	<input type="checkbox"/> أنا لا أملك تأمين صحي.
يرجى إكمال Anlage SV ** , القسم 2.	يرجى ملء Anlage SV ** , القسم 3.

8. تكاليف السكن والتدفئة

<input type="checkbox"/> تترتب عليّ تكاليف السكن والتدفئة.	<input type="checkbox"/>
يرجى تعبئة Anlage KDU .	<input type="checkbox"/>

9. Bildung und Teilhabe

Beachten Sie bitte, dass Personen unter 25 Jahren Leistungen für Bildung und Teilhabe beanspruchen können. Wenden Sie sich dazu bitte an Ihr Jobcenter oder den zuständigen kommunalen Träger, da hierfür ein gesonderter Antrag gestellt werden muss.

10. Antragstellung ab einem späteren Zeitpunkt

Ich beantrage Leistungen nach dem SGB II erst mit Wirkung zum _____.

Beachten Sie bitte, dass Ihr Antrag in der Regel auf den Ersten des Monats zurückwirkt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II) und Sie deshalb Angaben – insbesondere zum Zufluss von Einkommen – für den kompletten Monat Ihrer Antragstellung machen müssen. Sie haben jedoch auch die Möglichkeit, die Leistungen erst ab einem bestimmten Zeitpunkt zu begehren. Eine abweichende Bestimmung mit Wirkung für die Zukunft ist nur ab dem Ersten eines nachfolgenden Monats möglich.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt SGB II"). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter _____.

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 und Änderungen, die nach der Antragstellung eintreten und sich auf die Leistungen auswirken können (z. B. Arbeitsaufnahme, Umzug), sind dem zuständigen Jobcenter unverzüglich mitzuteilen. Die Mitwirkungspflichten sind von allen Mitgliedern einer Bedarfsgemeinschaft zu beachten.

Bei Verstoß gegen diese Mitwirkungspflichten werden in aller Regel von allen leistungsberechtigten Personen einer Bedarfsgemeinschaft zu viel gezahlte Leistungen zurückgefordert. Sofern zu Ihrer Bedarfsgemeinschaft noch weitere Personen gehören, sollten Sie als Vertreterin/Vertreter beim Ausfüllen des Antrags alle Mitglieder einbeziehen und die wesentlichen sowie die sie betreffenden Angaben mit ihnen abstimmen. Stellen Sie zudem bitte sicher, dass alle Mitglieder alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten.

Ein Verstoß kann zusätzlich zu einem Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahren gegen die Person führen, die die oben genannten Pflichten missachtet hat. Das Jobcenter holt im Wege eines automatisierten Datenabgleichs bei verschiedenen Stellen Auskünfte über Einkommen und Vermögen ein (z. B. Arbeitsentgelte, Kapitalerträge, Renten). Verschwiegene Einkommen und Vermögen werden daher regelmäßig nachträglich bekannt.

Ich habe das Merkblatt "SGB II – Arbeitslosengeld II/Sozialgeld (Grundsicherung für Arbeitsuchende)" und die Ausfüllhinweise erhalten und kenne deren Inhalt. Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie des Umfangs der Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Es wurde eine Betreuerin/ein Betreuer vom **Betreuungsgericht/Amtsgericht** bestellt.

► Legen Sie bitte einen Nachweis über die Betreuung vor.

Aktenzeichen _____

Die Betreuung gilt für folgende Lebensbereiche:

Ort/Datum _____

Unterschrift Betreuerin/Betreuer _____

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum _____

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller _____

Ort/Datum _____

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller _____

► Nur auszufüllen bei vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen:

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

Ort/Datum _____

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller _____

Ort/Datum _____

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller _____

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Merkblatt ausgehändigt

Kassenvermerke

Festgestellt
Handzeichen, Datum

Angeordnet
Handzeichen, Datum

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

9. التعليم المهني والمشاركة

يرجى ملاحظة أن الأشخاص تحت سن 25 عامًا يحق لهم التقدم بطلبات للتعليم والمشاركة. لهذا الغرض، توجهوا إلى مركز التوظيف أو إلى المسؤول المختص في دائرة البلدية، حيث أنه يجب تقديم طلبًا منفردًا في هذا الشأن.

10. تقديم طلب لموعد لاحق

اعتبارًا من تاريخ: SGB II أتقدم بطلب للمعونات الإجتماعية حسب القانون...

يرجى الملاحظة بأن طلبكم للمعونة حسب القانون (Abs. 2 Satz 2 SGB II § 37) يدخل حيز التنفيذ في بداية الشهر. لذلك فإن المعلومات التي تقدمونها بشكل خاص - حول حركة الدخل - يجب أن تكون عن كامل الشهر. لديك أيضا الخيار لتقديم على المعونات المالية إعتبارًا من وقت محدد في المستقبل. إن إقرار المعونات من أجل فترة محددة في المستقبل لا يكمن أن تتم إلا في اليوم الأول من الشهر التالي.

تخضع البيانات للسرية الاجتماعية (انظر "النشرة SGB II"). يتم جمع معلوماتك على أساس الفصولين §§ 60-65 من الكتاب الأول من القانون الاجتماعي (SGB I) و §§ 67a , b , c من الكتاب العاشر من القانون الاجتماعي (SGB X) للحصول على المزايا بموجب SGB II. يمكنك الحصول على منشورة بشأن حماية البيانات من مركز التوظيف المسؤول عنك ، وكذلك على الإنترنت تحت العنوان www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

الأشخاص الذين يتقدمون بطلب المعونة المالية أو يحصلون عليها يجب عليهم التفاعل الإلزامي: أي كل المعلومات الواردة في الطلب أو في هذه الوثيقة لا بد أن تكون كاملة ودقيقة و أي تغييرات تطرأ بعد تقديم الطلب وتمس المعونة (مثل الحصول على وظيفة، تغيير مكان السكن)، يجب على الفور إبلاغ مركز العمل بها، وعلى كل الأفراد المستفيدة من حزمة المساعدات مراعاة هذا التفاعل الإلزامي.

في حال مخالفة التفاعل الإلزامي، صار لزامًا على كل المستفيدين من حزمة المساعدات إرجاع جميع المعونات الغير مستحقة. إذا كان لديكم أشخاص آخرون في حزمة المساعدات يجب عليكم تضمينهم بصفحتكم تنوبون عنهم عند ملئ الطلب والتنسيق معهم بشأن المعلومات الأساسية و تلك التي تنطبق عليكم. كما يجب عليكم التأكيد من أن كل المستفيدين قد تلقوا المعلومات الضرورية (مثل الإخطارات).

بالإضافة إلى ذلك ، قد ينتج عن انتهاك جريمة إدارية أو قضية جنائية ضد الشخص الذي فشل في الوفاء بالالتزامات المذكورة أعلاه. يقوم مركز التوظيف بجمع معلومات حول الدخل والأصول من مختلف الوكالات من خلال تسوية البيانات الآلية (مثل الأجور والمكاسب الرأسمالية والمعاشات التقاعدية). وبالتالي فإن الدخل والأصول المخفية معروفة بانتظام بأثر رجعي.

لقد إستلمت المنشور "SGB II - إعانة البطالة II / المنفعة الإجتماعية (الضمان الأساسي للباحثين عن عمل)" وتعليمات الملء ومعرفة محتواها. سوف أبلغكم دون تأخير ودون تأخير بالتغييرات المستقبلية (لا سيما الأسرة والدخل والظروف المالية وكذلك مقدار القدرة على الكسب).

تم تعيين مشرفاً من قبل ** محكمة الرعاية محكمة البداية **.

يرجى تقديم إثبات عن الوصاية. ▶

رقم الملف

تنطبق الوصاية على المجالات التالية للحياة:

المكان \ التاريخ	توقيع المشرف \ المشرفة
------------------	------------------------

أؤكد بأن جميع البيانات صحيحة.

المكان \ التاريخ	توقيع مقدم \مقدمة الطلب
------------------	-------------------------

المكان \ التاريخ	توقيع ممثل \ممثلة القاصرة عن العمر (في حال إذا كان مقدم \مقدمة الطلب تحت سن البلوغ القانوني
------------------	---

▶ يتم إكماله فقط مع إجراء تغييرات وإضافات:

أشهد على دقة المعلومات و التعديلات أو الإضافات من قبلي أو من قبل موظفي وكالة العمل في القسم رقم:

المكان \ التاريخ	توقيع مقدم \مقدمة الطلب
------------------	-------------------------

المكان \ التاريخ	توقيع ممثل \ممثلة القاصرة عن العمر (في حال إذا كان مقدم \مقدمة الطلب تحت سن البلوغ القانوني
------------------	---

طباعه الطلب

إعادة ضبط الطلب