

Antrag auf Alg II / Application for Alg II: Hauptantrag

Quelle / Source:

https://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webd/atei/mdaw/mtk2/~edisp/l6019022dstbai378191.pdf?_ba.sid=L6019022DSTBAI378194

Version: 01/2017

Sprachen: Deutsch / Persisch (Farsi) Veröffentlicht / published: Languages:
German / Persian (Farsi) 10.5.2017

***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.

توجه: این برگه صرفاً راهنمای تکمیل فرم می باشد. خواهشمند است فرم اصلی را به زبان آلمانی پر نموده و به مسئول مربوطه تحویل دهید.

از آنجایی که احتمال خطا در پر کردن فرم به تنهایی وجود دارد و با توجه به اینکه که هر خطایی می تواند نتایج نامطلوبی در روند پرونده تان داشته باشد، پیشنهاد میکنیم برای پر کردن فرم به یکی از مراکز مشاوره مراجعه کنید.

تمام ترجمه ها توسط افراد داوطلب در نهایت دانش و آگاهی انجام گرفته است. انجمن کا.او.ب (Kub) در این خصوص مسئولیتی نمی پذیرد.

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 www.arbeitsagentur.de.

1. Meine persönlichen Daten

1.1 Allgemein

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsname (sofern abweichend)
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer <input checked="" 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 checked="" type="radio"/>	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

1.2 Mein Familienstand

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

1.3 Meine Bankverbindung

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

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



2 HA

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Tag der Antragstellung

Kundennummer

Nummer der Bedarfsgemeinschaft

Dienststelle | Team

Antragstellerin/Antragsteller hat sich ausgewiesen durch

- Bundespersonalausweis
- Pass
- Sonstiges Ausweispapier (z. B. elektronischer Aufenthaltstitel)

Gültig bis

AZR-Nummer

Handzeichen, Datum

Antrag vollständig am

Statistische Erfassung am

Arbeitsaufnahme am

Anlage EK/Einkommensbescheinigung ausgehändigt

Erste Lohn-/Gehaltszahlung am

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

Handzeichen, Datum

تقاضای اصلی

تقاضای کمک برای مایحتاج زندگی بر طبق کتاب دوم قوانین اجتماعی SGBII



با ضربدر جواب های درست را علامت بزنید.



سایر اطلاعات مربوط به هر شماره ای را در راهنمای پرکردن فرم پیدا می کنید.

اطلاعات مربوط به پرکردن فرم را در سایت اداره کار ببینید: www.arbeitsagentur.de



2 HA

این بخش را باید جاب سنتز پر کند.

1. اطلاعات مربوط به شخص من

1.1 اطلاعات شخصی

تیتر	اسم
اسم فامیل	اسم فامیل زمان تولد (اگر ابتدا نام دیگری داشتید)
محل تولد	تاریخ تولد
کشور محل تولد	تابعیت
شماره بیمه بازنشستگی	<input type="checkbox"/> شماره بیمه بازنشستگی تقاضا شده است
خیابان، شماره پلاک	
اگر در مورد شما صدق می کند: پیش چه کسی	
کد پستی	شهر محل زندگی
دادن شماره تلفن و آدرس ایمیل اختیاری است. ▶ شماره تلفن	آدرس ایمیل

1.2 موقعیت خانوادگی

من هستم	<input type="checkbox"/> مجرد	<input type="checkbox"/> متاهل	<input type="checkbox"/> بیوه
از این تاریخ از همسر جدا زندگی می کنم	<input type="checkbox"/>	از این تاریخ جدا شده ام	<input type="checkbox"/>
ثبت زندگی مشترک با شریک همجنس	<input type="checkbox"/>	ثبت شده است	<input type="checkbox"/>
بهم خورده است	<input type="checkbox"/>		

1.3 شماره حساب بانکی من ▶

کمک اجتماعی برای تامین معاش زندگی طبق SGBII به شماره حساب بانکی واریز میشود.	
نام بانک	نام دارنده شماره حساب
BIC	IBAN
ا.را معمولا در فیش بانکی پیدا می کنید IBAN و BIC ▶	
IBAN	

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**.
 ► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung) 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 des 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 Ja Nein
 ► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (z. B. Schulbescheinigung) vor.

Ich bin **Studentin/Student**.
 Dauer des Studiums von - bis Ja Nein
 ► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung 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 Ja Nein
 ► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung 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 Ja Nein
 ► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und dessen Dauer vor.

Bearbeitungsvermerke
 Nur vom Jobcenter auszufüllen

Aufnahmebescheid

Studienbescheinigung

Ausbildungsvertrag

2. Personen in meiner Bedarfsgemeinschaft

► Leben Sie allein, dann gehen Sie bitte zu 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.

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

1.4 اطلاعات شخصی من

خیر بلی من در زمان تقاضای کمک اجتماعی برای تامین معاش زندگی ، از یک جاب سنتر دیگر درخواست داده و یا این کمک را دریافت می کردم.

▶ اگر پاسخ شما آری است، لطفا مدرک را ضمیمه کنید

خیر بلی من جزو مهاجرین از کشور دیگر با ریشه آلمانی هستم که هنوز تابعیت آلمانی خود را نگرفته ام.

▶ اگر پاسخ مثبت است ، لطفا مدرک پذیرش تان را در اینجا وارد کنید.

خیر بلی من **شرایط** دریافت کمک طبق قانون کمک های اجتماعی برای پناهندگان را دارم.

▶ اگر پاسخ مثبت است ، لطفا مدرک (مثلا اقامت ، ورقه اقامت دوران پناهندگی، دولدونگ) را نشان دهید

خیر بلی به نظر خودم به لحاظ سلامتی در شرایطی هستم که حداقل 3 ساعت در روز** کار کنم.

▶ اگر به این سوال جواب منفی داده باشید، احتمالا حق دریافت کمک برای تامین زندگی را طبق SGBII ندارید. در این صورت باید درخواست کمک های اجتماعی طبق کتاب دوازدهم قوانین اجتماعی SGBXII را بنمائید.

خیر بلی من دانش آموز هستم

اگر جوابتان مثبت است لطفا مدرک مربوطه را ارائه دهید(مثلا گواهی تحصیل از مدرسه).

زمان تحصیل من از این تاریخ تا این تاریخ است

خیر بلی من دانشجو هستم.

اگر جوابتان مثبت است لطفا گواهی معتبری را ارائه دهید.

مدت تحصیل دانشگاهی من از این تاریخ تا این تاریخ است.

خیر بلی من تقاضای هزینه تحصیلی طبق قانون تامین هزینه تحصیلی آلمان فدرال BAföG را نموده ام.

▶ اگر پاسخ مثبت داده اید، لطفا مدرکی ارائه دهید که این درخواست را کرده اید و یا اگر در مورد درخواستان تصمیم گیری شده است، مدرک جواب موافقت و یا مخالفت با آن را ارائه دهید.

خیر بلی من کارآموز دوره تخصصی هستم.

اگر جوابتان مثبت است لطفا گواهی معتبری را ارائه دهید.

زمان این دوره از این تاریخ تا این تاریخ است.

در طول دوره تخصصی من در یک خوابگاه و یا یک شبانه روزی و یا نزد فرد آموزش دهنده با غذا و جای خواب و یا از طریق دیگر با پرداخت هزینه خورد و خوراک و خواب زندگی میکنم.

▶ اگر پاسخ شما آری است، لطفا مدرک را ضمیمه کنید

خیر بلی من در حال حاضر در **بخش** بستری هستم و اقامت دارم(مثلا در بیمارستان، خانه سالمندان و یا زندان)

اگر به این سوال پاسخ مثبت داده اید، لطفا مدرک معتبری در مورد این اقامت و زمان آن ارائه دهید.

دوره اسکان در اینجا از تاریخ تا

2. افراد خانواده که در یک منزل هستند

▶ اگر تنها زندگی می کنید، از قسمت 3 جواب بدهید.

افراد خانواده که تحت پوشش من بوده با من در یک جا زندگی می کنند نفر هستند.

اظهارات زیر مربوط به افراد تحت پوشش شما میشود.

▶ در اینجا می توانید چندین مورد را علامت بزنید.

من با همسر در یک خانه زندگی می کنم. ما از همدیگر دائمی جدا زندگی نمی کنیم.

من با همسر همجنس در یک رابطه مشترک ثبت شده زندگی می کنم. ما از همدیگر جدا زندگی نمی کنیم.

من با شریک زندگی در یک "رابطه با مسئولیت و ثابت" (مانند زندگی مزدوج ها) زندگی می کنم.

من حداقل با یک فرزند مجرد زیر 25 سال زندگی می کنم.

من زیر 25 سال هستم و با والدین خود و یا حداقل با یکی از آنان زندگی می کنم.

این بخش را باید جاب سنتر پر کند.

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 _____ 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** 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.

Davon ist/sind _____ Person/en mit mir verwandt oder verschwägert.

► Bitte machen Sie Angaben zu Personen, mit denen Sie verwandt oder verschwägert sind, in der _____

Davon ist/sind _____ Person/en **nicht** mit mir verwandt oder verschwägert.

► Bitte füllen Sie für diese Personen die _____ aus.

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

► Bitte füllen Sie die _____ aus.

Ich habe eine **Behinderung** und erhalte

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) **oder**
- sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes **oder**
- Eingliederungshilfen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII).

► Bitte legen Sie einen entsprechenden Bescheid vor.

Ich bin **nicht erwerbsfähig** und Inhaberin/Inhaber eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem **Merkzeichen G**.

► 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. Ja Nein

► Falls ja, füllen Sie bitte für sich und ggf. für jede weitere Person Ihrer Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahren jeweils die _____ aus. Bei Einkommen aus selbständiger 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, auch dann, wenn eine Sperzeit eingetreten ist. In beiden Fällen müssen Sie keine Angaben in **Abschnitt 6.1** machen.

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

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage KI
 Anlage WEP

Anlage HG

Anlage VE

Anlage MEB

Anlage BB

Anlage EK
 Anlage EKS

Anlage VM

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

2.1 اطلاعات شخصی در مورد سایر افراد تحت پوشش من

لطفا در این تقاضا غیر از نام خودتان، نام فرد و یا افرادی را که تحت پوشش شما هستند وارد کنید. چون از درخواست کمک شما اینگونه استنباط می شود که شما نمایندگی دادن درخواست برای همه دارید. وارد کردن نام اعضای بالای 15 ساله افراد خانواده شما که خود منافعتان را نمایندگی می کنند و طبق (§ 38 II SGB) درخواست جداگانه خود را ارائه داده اند، مجاز نیست. وارد کردن اطلاعات در مورد افرادی که شما آنان را نمایندگی نمی کنید، لازم نیست.

اطفا برای هر کودک زیر 15 سال خود ضمیمه **Anlage KI** را پر کنید. و برای همه افراد دیگری که تحت پوشش شما هستند، ضمیمه **Anlage WEP** را پر کنید. حتی اگر مربوط به فرزند نابالغ شما باشد که (بعلت زندگی به نوبت پیش پدر و یا مادر که قانون تعیین میکند) دائما پیش شما زندگی نمی کند.

ضمیمه های **Anlage/n KI** و **Anlage/n WEP** را الحاق می کنم.

2.2 افرادی که در یک منزل مشترک با من زندگی میکنند

در منزل مشترک نفر در کنار من زندگی میکنند که تحت پوشش من نیستند اما در منزل مشترک با هم زندگی می کنیم.

از میان این افراد نفر با من نسبت فامیلی و سببی دارند.
لطفا اطلاعات مربوط به افرادی را که با شما نسبت فامیلی و سببی دارند در ضمیمه **Anlage HG** وارد کنید.

از این افراد نفر با من هیچ گونه نسبت فامیلی و یا سببی ندارند
لطفا برای این افراد ضمیمه **Anlage VE** را پر کنید.

3. نقد و بررسی نیاز ویژه

این اطلاعات داوطلبانه است و زمانی که برای آنها درخواست نیاز ویژه (Mehrbedarf) می دهید باید حتما آنرا وارد کنید.

من فرزندم را به تنهایی بزرگ می کنم.

من حامله هستم.

لطفا مدرکی ارائه دهید که در آن تاریخ وضع حمل شما ذکر شده باشد.

من به دلایل پزشکی احتیاج به رژیم غذایی ویژه دارم که برای آن هزینه بیشتری باید پرداخت کنم.
لطفا در این مورد ضمیمه **Anlage MEB** را پر کنید.

من دچار **معلولیت هستم** و طبق در یافت می دارم
• من از کمک های مربوط به حق شرکت در کار طبق ماده قانون §33 براساس کتاب پنجم قوانین اجتماعی (SGB IX) و یا
• یا کمک های دیگر برای دست یافتن به محل کار مناسب یا*
• یا کمک های دیگر برای الحاق در جامعه طبق ماده 54 ، بند 1 ، تبصره 1-3 کتاب دوازدهم قوانین اجتماعی (SGB XII)
لطفا مدرک مربوطه را ارائه دهید.

من توانایی کار ندارم و دارنده کارت طبق ماده 69 ، بند 5 SGB IX با **علامت G** هستم
لطفا مدرک مربوطه را ارائه دهید.

من هزینه های صرف نظر نشدنی و همیشگی دارم که ویژه و یکباره نیستند که بتوانم از طریق پس انداز و یا به طرق دیگر آنها را تامین کنم به طور مثال هزینه های دیدار از فرزند در مورد پدر و مادری که جدا از هم زندگی می کنند).

لطفا ضمیمه **Anlage BB** را پر کنید.

4. درآمد

من درآمد دارم خیر بلی

در صورت مثبت بودن جواب، لطفا ضمیمه **Anlage EK** را برای خود و هر فرد دیگر بالای 15 سال اگر احیانا کار میکند را پر کنید. برای درآمد حاصل از کارهای آزاد مضافا **Anlage EKS** را هم پر کنید.

5. دارائی ها

من صاحب دارائی هستم خیر بلی

لطفا کلیه دارائی های یکایک افراد تحت پوشش خود را در ضمیمه **Anlage VM** وارد کنید.

6. حقوقی که ارجحیت دارند

6.1 طلب هایی که از اداره کار دارید

اگر حق استفاده از حقوق بیکاری را بر طبق جاد سوم قوانین حقوق اجتماعی (SGB III) را فقط درخواست کرده اید لطفا این را در قسمت 6.4 وارد کنید. اگر با حقوق بیکاری شما موافقت شده باشد، آنرا در قسمت 2 ضمیمه **Anlage EK** وارد کنید حتی اگر برای مدتی پرداخت آن را متوقف کرده باشند. در این صورت نباید در قسمت 6.1 اطلاعاتی وارد کنید.

اطلاعات زیر برای این است که کنترل شود آیا شما حق استفاده از حقوق بیکاری را داشته اید یا نه.

Innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Antragstellung

► 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 (SGB XI)).

habe ich **Entgeltersatzleistungen** erhalten (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (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.

Ein nicht verheiratetes/nicht in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft lebendes Mitglied meiner Bedarfsgemeinschaft ist schwanger oder betreut 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 bzw.
- zwischen 18 und 24 Jahre alt und macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen.

Ein Elternteil dieser Person lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

► Bitte füllen Sie die aus.

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage UH1

Anlage UH1

Anlage UH2

Anlage UH3



ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

قبل از دادن درخواست در عرض 5 سال گذشته

در اینجا می توانید چندین مورد را علامت بزنید. لطفا مدارک مربوطه را ارائه دهید. ▶

<input type="checkbox"/> من مشغول کاری بودم که پرداخت "بیمه های اجتماعی" برای آن اجباری بود.		
نوع شغل	صاحب کار	از تاریخ تا
نوع شغل	صاحب کار	از تاریخ تا
نوع شغل	صاحب کار	از تاریخ تا
<input type="checkbox"/> شغل آزاد** داشتم		
نوع شغل	از تاریخ تا	
<input type="checkbox"/> من خدمت نظام و خدمت مشابه را انجام دادم.		
<input type="checkbox"/> من سرپرستی بستگانم را طبق کتاب 11 قوانین حقوق اجتماعی به عهده داشتم.		
<input type="checkbox"/> حقوق جایگزین دریافت کردم (مثل حقوق در دوران بیماری، حقوق بیکاری طبق کتاب سوم قوانین حقوق اجتماعی).		
چه نوع کمکی	از چه اداره ای	از تاریخ تا
چه نوع کمکی	از چه اداره ای	از تاریخ تا

6.2 طلب از صاحب کار

دعوی طلب مزد و حقوق عقب افتاده از صاحب کار را دارم (مثلا در شرایط عدم توثاتی پرداخت و یا ورشکستگی صاحب کار)

آدرس	صاحب کار
دلیل	
شماره پرونده	دادگاه
لطفا نام و محل دادگاهی که شکایت شما در آن پیگیری می شود را بدهید. ▶	

6.3 طلب از شخص ثالث

من و یا شریک فعلی زندگی من از همسرش که با او زندگی زناشویی داشتیم و یا از شریک زندگی که در رابطه ای با حقوق برابر مزدوجین و یا شریک زندگی در یک رابطه ثبت شده همجنسگرایانه زندگی میکردم / می کرد.

▶ لطفا ضمیمه **Anlage UH1** را پر کنید.

من و یا شریک فعلی زندگی من از همسرش که با او ازدواج کرده بود، جدا شده ایم. یا رابطه برابر حقوق با مزدوجین و یا رابطه ثبت شده همجنسگرایانه من و یا شریک فعلی زندگی ام لغو شده است.

▶ لطفا ضمیمه **Anlage UH1** را پر کنید.

یک عضو مجرد که تحت پوشش من است و نه در یک رابطه با حقوق برابر با مزدوجین و نه در رابطه همجنسگرایانه ثبت شده زندگی میکند ، حامله است و یا کودک زیر سه ساله ای دارد که حاصل ازدواج نیست و او به این خاطر نمی تواند کار کند.

▶ در این حالت لطفا ضمیمه ****Anlage UH2**** را پر کنید.

یک شخصی در خانه مشترک ما

• زیر 18 سال است و یا

• سنش بین 18 تا 24 سال است و در مدرسه درس میخواند و یا دوره تخصصی می بیند و یا بزودی این دوره ها را شروع می کند.

یکی از والدین این افراد تحت پوشش من در خارج از منزل مشترک ما زندگی می کند.

▶ لطفا ضمیمه ****Anlage UH3**** را پر کنید.

این بخش را باید جاب سنتر پر کنند

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

- unter 18 Jahre alt bzw.
- 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.

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 in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflicht- oder familienversichert.

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

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

<input type="checkbox"/> Ich bin privat oder freiwillig gesetzlich versichert. ▶ Bitte füllen Sie die _____, Abschnitt 2 aus.	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert. ▶ 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"/> من و یا شریک زندگی فعلی من یکی از والدینش خارج از خانواده تحت پوشش من است. لطفا ضمیمه Anlage UH4** را پر کنید. ▶	این بخش را باید جاب سنتر • زیر 18 سال است و یا • بین 18 و 24 سال است و در مدرسه و یا دوره تخصصی درس می خواند و یا بزودی این دوره ها را شروع می کند.
<input type="checkbox"/> من یک آسیب جسمی دیده ام (مثلا در تصادمات کاری و یا تصادف اتوموبیل، در بازی و یا تصادمات در ورزش، از طریق یک اشتباه پزشکی یا در یک درگیری). به این دلیل وابسته به کمک هستم. لطفا ضمیمه Anlage UF را پر کنید. ▶	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> از شخص ثالثی طلبکارم (مثلا طلب های قراردادی، یا طلب بخاطر پرداخت خسارت وارده). نوع طلب لطفا این طلب را از طریق مدارک مربوطه ثابت کنید. ▶	<input type="checkbox"/>
6.4 طلب از مراکز ارائه کمک های اجتماعی / صندوق خانواده	
<input type="checkbox"/> من کمک های دیگری (مانند پول کمک به کرایه، حقوق بیکاری طبق کتاب سوم قوانین حقوق اجتماعی (SGB III)) درخواست کرده ام ** یا قصد دارم درخواست کنم. از مراکز ارائه کمک های اجتماعی / صندوق خانواده نوع کمک تاریخ درخواست درخواست کمک از تاریخ نام فردی که برای او درخواست کمک داده می شود لطفا در صورت تصمیم گیری در مورد درخواست تان یا درخواست هایتان، سریعاً مدرک لازم را ارائه دهید. ▶	من کمک های دیگری <input type="checkbox"/>
7. بیمه درمانی و یا بیمه سرپرستی	
7.1 بیمه درمانی اجباری در یک شرکت بیمه درمانی و بیمه سرپرستی	
<input type="checkbox"/> من در بیمه های قانونی و بیمه سرپرستی خودم و یا از طریق خانواده بیمه هستم. شماره بیمه درمانی (اگر میدانید) محل شرکت بیمه نام شرکت بیمه درمانی لطفا یک گواهی عضویت بیمه و یا مدرک دیگری از شرکت بیمه ارائه دهید که بیمه آن هستید. شما می توانید کارت بیمه و یا کارت سلامتی الکترونیکی خود را به عنوان مدرک هم ارائه دهید.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> من تحت پوشش بیمه خانوادگی هستم و بزودی بیمه اجباری خودم را خواهم داشت. <input type="checkbox"/> شرکت بیمه تکنونی من <input type="checkbox"/> یا یک شرکت بیمه دیگر محل شرکت بیمه نام شرکت بیمه درمانی در شرکت بیمه و یا یک مدرک دیگر از بیمه در باره انتخاب شرکت بیمه خود در صورت عوض کردن شرکت بیمه ارائه دهید. ▶	لطفا گواهی عضویت <input type="checkbox"/>
7.2 بیمه خصوصی، داوطلبانه و یا عدم بیمه درمانی و بیمه سرپرستی	
<input type="checkbox"/> من بیمه نیستم. <input type="checkbox"/> من بیمه خصوصی یا **اجباری داوطلبانه** دارم. لطفا Anlage SV قسمت 3 ضمیمه را پر کنید. ▶ لطفا Anlage SV قسمت 2 ضمیمه را پر کنید. ▶	<input type="checkbox"/>
8. مخارج محل سکونت و شوقاژ	
<input type="checkbox"/> من مخارج محل سکونت (خانه) و شوقاژ دارم لطفا ضمیمه Anlage KDU را پر کنید. ▶	<input type="checkbox"/>

9. Bildung und Teilhabe

ORIGINAL

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.

Personen, die SGB II-Leistungen 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 o. g. 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). Verschiedene Einkommen und Vermögen werden daher regelmäßig nachträglich bekannt.

Ich habe das Merkblatt "SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II/ Sozialgeld)" 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** 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

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. آموزش و حق شرکت در زندگی اجتماعی

لطفا توجه کنید که فرم 25 سال می تواند از کمک های مخصوص برای آموزش و حق شرکت در زندگی اجتماعی استفاده کنند. لطفا با اداره کارایی (جاب سنتر) و یا سایر مراکز این بخش را باید جاب سنتر مسئول ارائه کمک های اجتماعی مسئول پرونده تان مراجعه کنید زیرا در این مورد باید یک درخواست مخصوص داده شود.

10. درخواست کمک برای زمان دورتر

من تقاضای دریافت کمک طبق کتاب سوم قوانین حقوق اجتماعی (SGB III) را از تاریخ ... میدهم.

لطفا توجه کنید درخواست شما معمولاً به اول ماه قبل برمی گردد (طبق ماده 37، بند 2، تبصره 2 کتاب سوم قوانین حقوق اجتماعی) و شما به این علت باید اطلاعات و به ویژه اطلاعات مربوط به کسب درآمد را برای تمام ماهی که درخواست کمک اجتماعی کرده اید، اعلام کنید.

این اطلاعات برای دریافت کمک های اجتماعی نباید مخفی بمانند (لطفاً به ورقه توضیحی SGB II نگاه کنید). اطلاعات شما طبق ماده 60 تا 65 کتاب اول قوانین حقوق اجتماعی (SGB I) و طبق ماده 67a,b,c کتاب دهم قوانین حقوق اجتماعی (SGB X) برای کمک های طبق کتاب دوم قوانین حقوق اجتماعی جمع اوری میشود.

افراد که طبق SGB II کمک های اجتماعی تقاضا می دهند و یا دریافت می دارند موظف به همکاری صحیح هستند. یعنی همه اطلاعات در تقاضا نامه و تمامی ضمیمه های آن باید صحیح و کامل باشند و تغییراتی که پس از تقاضا پدید می آیند و بر کمک های دریافتی تأثیر گذار هستند باید به جاب سنتر مسئول شما سریعاً اطلاع داده شوند (مثل شروع به کار، نقل مکان).

در صورت نقض وظیفه همکاری در هر صورتی، از همه افراد تحت پوشش شما که کمک دریافت می دارند، مبلغی پرداختی اضافه، پس گرفته خواهد شد. اگر افراد تحت پوشش شما باشند، شما بعنوان کسی که آنها را نمایندگی می کنید موظف هستید که در هنگام پرکردن درخواست، همه افراد را دخالت داده و همه اطلاعات کلی و مربوطه را با آنان مطابقت دهید. لطفاً اطلاع حاصل کنید که همه اعضا همه اطلاعات لازم را (مثل جواب) دریافت دارند.

چنین بی توجهی ای میتواند علاوه بر این، نقض قوانین تلقی شده و حتی در صورت نقض وظایف بالا جریمه به دنبال داشته باشد. جاب سنتر از طریق راه های مختلف بطور اتوماتیک اطلاعات مربوط به درآمدها و دارائی ها را از اداره جات مختلف دریافت و مقایسه می کند (به طور مثال حقوق در ازای کار، سرمایه، بیمه بازنشستگی). درآمد و دارائی های مسکوت گذاشته شده شما بطور منظم بعداً مشخص می شوند.

من ورقه اطلاعاتی مربوط به تأمین زندگی طبق SGB II (حقوق بیکاری/ پول اجتماعی) مربوط به کسانی که به دنبال کار هستند و اطلاعات مربوط به پرکردن فرم ها را دریافت کرده و محتوی آنرا می شناسم. تغییرات (به ویژه در مورد روابط خانوادگی، درآمد و دارائی و هم چنین زمان توانائی انجام کار) را سریعاً و بدون اینکه از من خواسته شود خبر می دهم.

از طرف **دادگاه سرپرستی** یک سرپرست تعیین شد

لطفاً مدرکی در باره سرپرستی ارائه دهید. ▶

شماره پرونده

سرپرستی حقوقی برای موارد زیر زندگی تعیین شده است

محل / تاریخ	امضاء سرپرست
-------------	--------------

من گواهی می دهم که همه این اطلاعات صحیح می باشند.

محل / تاریخ	امضاء متقاضی
-------------	--------------

محل / تاریخ	امضاء سرپرست قانونی متقاضیان نابالغ
-------------	-------------------------------------

من صحت تغییرات و تکمیلی هائی را که از طرف من و یا کارکنان جاب سنتر در این بخش ها وارد شده اند را تأیید میکنم:

محل / تاریخ	امضاء متقاضی
-------------	--------------

محل / تاریخ	امضاء سرپرست قانونی متقاضیان نابالغ
-------------	-------------------------------------

فرم را چاپ کنید

فرم را به جای اول برگردانید