

Alg II Hauptantrag

| | |
|-----------------------|---|
| язык | Русский / Russisch |
| Дата изменения | 2019-04-01 |
| Оригинальный документ | https://con.arbeitsagentur.de/prod/apok/ct/dam/download/documents/Antrag-ALGII_ba015207.pdf |

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.

Внимание: этот документ является только помощью к заполнению. Вам необходимо заполнить оригинал бланка заявления на немецком языке и отправить его в соответствующее учреждение!

Заполняя бланк заявления самостоятельно (без консультации), Вы можете допустить ошибки, которые могут повлечь за собой нежелательные последствия. Поэтому мы советуем Вам обратиться за консультацией в справочно-консультационный отдел.

Все переводы сделаны силами и знаниями переводчиков-волонтеров. KuB e. V. не несет ответственности за перевод.

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

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

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

1.4 Мои персональные данные

| | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| На месяц подачи заявления я уже ходатайствовал о получении пособия в другом центре по трудоустройству или уже получил выплаты от него. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Если да, предоставьте, пожалуйста, соответствующие подтверждения. | | |
| Я поздний переселенец /-ка и еще не имею немецкого гражданства. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Если да, предоставьте, пожалуйста, решение о приеме. | | |
| Я являюсь лицом, имеющим право на получение пособия в рамках Закона о предоставлении социальной помощи претендентам на получение убежища. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Предоставьте, пожалуйста, соответствующие подтверждения (напр. т. н. Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, решение Федерального ведомства по делам миграции и беженцев (BAMF)) | | |
| По моей оценке, я могу по состоянию здоровья выполнять трудовую деятельность в течение как минимум трех часов ежедневно. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Если вы отметили крестиком "нет", вы, скорее всего, не можете претендовать на получение пособия согласно 2-му тому Социального кодекса. В этом случае вы можете ходатайствовать о получении пособия согласно 12-му тому Социального кодекса. | | |
| Я школьник /-ца <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Продолжительность обучения с - по | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Если да, предоставьте, пожалуйста, соответствующие документальные подтверждения (например, справку из школы об обучении). | | |
| Я студент /-ка <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Продолжительность учебы с - по | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Если да, предоставьте, пожалуйста, соответствующие документальные подтверждения (например, справку о зачислении в ВУЗ). | | |
| Я подал/-а заявление о получении стипендии-ссуды во время обучения в рамках Федерального закона о содействии образованию (BAföG). <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Если да, предоставьте, пожалуйста, документальное подтверждение о подаче заявления, если оно еще находится на рассмотрении, или соответствующую справку о назначении стипендии-ссуды (BAföG) либо об отклонении заявления. | | |
| Я прохожу профессиональное обучение <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Продолжительность обучения с - по | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Если да, предоставьте, пожалуйста, договор о профессиональном обучении. | | |
| <input type="checkbox"/> Во время профессионального обучения я буду размещен/-а в общежитии, ученическом общежитии или непосредственно на месте получения профессионального образования с питанием и проживанием либо в ином месте с компенсацией расходов на проживание и питание. | | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Если да, предоставьте, пожалуйста, соответствующие подтверждения. | | |
| На данный момент я нахожусь или в скором времени буду находиться в стационарном учреждении (напр. в больнице, доме престарелых или исправительном учреждении). <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | <input type="checkbox"/> |
| Продолжительность пребывания с - по | Вид стационарного учреждения | |
| ▶ Если да, предоставьте, пожалуйста, действительную справку о месте и времени пребывания. | | <input type="checkbox"/> |

2. Члены моей потребительской общности

▶ В случае, если Вы проживаете один/одна, дополнительные сведения в части 2 не требуются. Перейдите, пожалуйста, к части 3.

К моей потребительской общности наряду со мной относятся следующие лица.

Следующие высказывания соответствуют моей потребительской общности:

▶ Здесь можно отметить несколько вариантов.

- Я живу вместе с моим супругом / моей супругой. Мы не проживаем постоянно отдельно.
- Я проживаю вместе с моей зарегистрированной однополкой спутницей / моим зарегистрированным спутником. Мы не проживаем постоянно отдельно.
- Я проживаю с моей спутницей / моим спутником в общности разделения ответственности и поддержки (незарегистрированный брак).
- Я проживаю вместе с минимум одним ребенком младше 25 лет, не состоящим в браке.
- Мне еще не исполнилось 25 лет и я проживаю вместе с моими родителями или одним из родителей.

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

2.1 Личные данные следующих лиц моей потребительской общности

► Учитывайте здесь тех лиц, которые относятся к вашей потребительской общности которые кроме вас относятся. То, что Вы ходатайствуете о получении пособия, говорит о том, что Вы также берете на себя представительство Вашего потребительского общества. Это больше не действительно, если члены вашей потребительской общности старше 15-ти лет посредством заявления в центр по трудоустройству захотят представлять свои интересы сами, например, посредством подачи ходатайства самостоятельно (§ 38 Социального кодекса). Сведения о лицах, интересы которых не представляются, не требуются.

Пожалуйста, заполните **приложение KI** на каждого ребенка, не достигшего 15-ти лет, **приложение VE** на лицо, с которым Вы проживаете в общности разделения ответственности и поддержки и **приложение WEP** отдельно на каждое лицо, интересы которого Вы представляете. Это действительно также для случаев, когда несовершеннолетний ребенок пребывает в Вашем домашнем хозяйстве периодически (например, по причине совместного права на родительскую опеку).

Я прилагаю к этому заявлению **приложение/я KI, ... приложение VE и ... приложение/я WEP.**

2.2 Моя общность, ведущая совместное домашнее хозяйство

В моем домашнем хозяйстве наряду со мной проживают ... человек, которые не относятся к потребительской общности, но относятся к общности, ведущей совместное домашнее хозяйство.

► Пожалуйста, предоставьте сведения о лицах, с которыми вы состоите в родственных или брачных отношениях, в **приложении HG.**

3. Проверка наличия дополнительной потребности

Сведения предоставляются добровольно и необходимы лишь в случае, если вы хотели бы ходатайствовать о дополнительной потребности.

Я являюсь **матерью-одиночкой / отцом-одиночкой.**

Я **беременна.**

► Пожалуйста, предоставьте подтверждение с предположительной датой родов.

У меня дополнительная потребность в децентрализованном водоподогревании.

По медицинским показаниям я нуждаюсь в **дорогостоящем питании.**

► Пожалуйста, заполните **приложение MEB.**

Я имею **инвалидность** и получаю

- преимущества при участии в профессиональной жизни согласно § 349 9-го тома Социального кодекса **или**
- другую помощь по получению подходящего рабочего места **или**
- пособие по социальной интеграции согласно § 54 абзац 1 предложение 1 Nr. 1-3 12-го тома Социального кодекса

► Пожалуйста, предоставьте соответствующее решение.

Я **не трудоспособен** и являюсь владельцем удостоверения согласно § 152 абзац 5 9-го тома Социального кодекса с **пометкой G или aG.**

► Пожалуйста, предоставьте соответствующее подтверждение.

У меня **постоянная, неотложная, не одновременная особая потребность**, которую я не могу оплачивать из собственных накоплений или другим способом. (напр. расходы, связанные с осуществлением права на общение с ребенком, у родителей, живущих отдельно).

► Пожалуйста, заполните **приложение BV.**

4. Доход

Я получаю доход и/или осуществляю трудовую деятельность в качестве частного предпринимателя (в том числе в сельском и лесном хозяйстве). Да Нет

► Если да, внесите, пожалуйста, данные о себе и, при наличии данного обстоятельства, о каждом отдельном члене Вашей потребительской общности старше 15 лет в **приложение EK.** При доходе от самостоятельной предпринимательской деятельности заполните, пожалуйста, **дополнительно приложение EKS.**

5. Имущество

Я имею в собственности имущество. Да Нет

► Пожалуйста, укажите сведения об имуществе всех членов Вашей потребительской общности в **приложении VM.**

6. Приоритетные права

6.1 Притязания в отношении Агентства по труду и занятости

► Если вы уже ходатайствовали о получении пособия по безработице согласно 3-му тому Социального кодекса, укажите это, пожалуйста, в **части 6.4.** Если пособие по безработице уже ассигновано (назначено), укажите это, пожалуйста, в **приложении EK части 2,** также в случае, если наступила приостановка выплат. В обоих случаях вы не должны вносить данные в **часть 6.1.**

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

В течение 5-ти последних лет перед подачей заявления

- Последующие данные служат проверке, правомерно ли притязание на получение пособия по безработице.
 ► Здесь возможно отметить несколько вариантов. Пожалуйста, предоставьте соответствующие подтверждения.

Был официально трудоустроен и **выплачивал страховые взносы**.

| | | |
|--------|--------------|------------------|
| с - по | Работодатель | Вид деятельности |
| с - по | Работодатель | Вид деятельности |
| с - по | Работодатель | Вид деятельности |

Был/а **профессионально самостоятельным/ной**.

| | |
|--------|------------------|
| с - по | Вид деятельности |
|--------|------------------|

нес **военную службу или альтернативную гражданскую службу**.

ухаживал/а за близкими (уход согласно 11-му тому Социального кодекса).

получал/а **пособия, компенсирующие затраты** (напр. по болезни, по безработице согласно 3-му тому Социального кодекса).

| | | |
|--------|-----------|---------|
| с - по | Ведомство | Пособие |
| с - по | Ведомство | Пособие |

6.2 Притязания в отношении работодателей

Я предъявляю претензии (бывшему) работодателю в связи с непогашенной задолженностью по выплате заработной платы (напр., при банкротстве работодателя) или для времени после увольнения (напр. при еще непогашенных выплатах).

| | |
|--------------|--------|
| Работодатель | Адрес |
| Причина | |
| Суд | № дела |

► Пожалуйста, укажите название и место суда, в котором рассматривалась жалоба / претензия.

6.3 Притязания в отношении третьих лиц

Я живу или моя актуальная партнерша / партнер живет отдельно от супруги / супруга или зарегистрированной однополый спутницы / зарегистрированного однополого спутника.

► Пожалуйста, заполните **приложение УН1**.

Я или моя актуальная партнерша / мой настоящий партнер был женат / замужем и этот брак распался или этот зарегистрированное однополое гражданское партнерство было прекращено.

► Пожалуйста, заполните **приложение УН1**.

Я или не состоящий в браке / не зарегистрированный в однополым гражданском партнерстве член моей потребительской общности беременна или опекаю/опекает внебрачного ребенка младше 3-х лет и по этой причине не могу/не может работать.

► Пожалуйста, заполните **приложение УН2**.

Одно лицо в моем хозяйстве

- младше 18-ти лет или
- между 18 и 24 годами и получает школьное или профессиональное образование или хочет вскоре начать.

Один из родителей этого лица живет вне потребительской общности.

► Пожалуйста, заполните **приложение УН3**.

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|-----------------------------------|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Я или, соответственно, моя спутница/спутник жизни <ul style="list-style-type: none"> • младше 18-ти лет или • в возрасте между 18 и 24 годами и получаю/получает школьное или профессиональное образование или хочу/хочет вскоре начать. Минимум один из родителей живет вне потребительской общности. ► Пожалуйста, заполните приложение UN4 . | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Был причинен вред моему здоровью (напр. из-за несчастного случая на работе, на дороге, в игре или в спорте, из-за врачебной ошибки или из-за насильственных действий). По этой причине я нуждаюсь в помощи. ► Пожалуйста, заполните приложение UF . | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> У меня претензии в отношении третьих лиц (напр. из-за претензий по выплатам по договору или компенсационным выплатам). Определение претензии ► Пожалуйста, докажите претензию посредством соответствующих документов. | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Для меня и/или одного из членов моей потребительской общности было представлено письменное обязательство в ведомство по делам иностранцев или в дипломатическое представительство. ► Предоставьте, пожалуйста, соответствующие документы (напр. копию письменного обязательства). | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 6.4 Претензии в отношении представителей социального обеспечения / семейных касс | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Я уже ходатайствовал/а о получении других пособий (напр. дотации на оплату жилья, пособия по безработице, пенсии, пособия на детей) или намереваюсь подать ходатайство . | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Вид пособия</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Поставщик социальных услуг / семейная касса</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Дата подачи заявления</td> <td style="padding: 2px;">Выплаты заявлены с (указать дату)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Имя лица, на которое были оформлены выплаты</td> </tr> </table> | Вид пособия | Поставщик социальных услуг / семейная касса | Дата подачи заявления | Выплаты заявлены с (указать дату) | Имя лица, на которое были оформлены выплаты | | <input type="checkbox"/> |
| Вид пособия | Поставщик социальных услуг / семейная касса | | | | | | |
| Дата подачи заявления | Выплаты заявлены с (указать дату) | | | | | | |
| Имя лица, на которое были оформлены выплаты | | | | | | | |
| ► Пожалуйста, предоставьте сведения, в случае если вопрос с Вашим заявлением / -ями уже решён. | | | | | | | |
| 7. Страхование на случай болезни и потребности в уходе | | | | | | | |
| 7.1 Обязательное страхование в больничной кассе законодательно установленного страхования на случай болезни и потребности в уходе | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> У меня есть или была обязательная или семейная страховка на случай болезни или потребности в уходе в больничной кассе законодательно установленного страхования . | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Название больничной кассы</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Место нахождения больничной кассы</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Номер страховки по болезни (если известно)</td> </tr> </table> | Название больничной кассы | Место нахождения больничной кассы | Номер страховки по болезни (если известно) | <input type="checkbox"/> | | | |
| Название больничной кассы | Место нахождения больничной кассы | Номер страховки по болезни (если известно) | | | | | |
| ► Предоставьте, пожалуйста, членское свидетельство или другое подтверждение больничной кассы о Вашей страховке. В ином случае Вы можете предоставить вашу действительную электронную карточку медицинского страхования. | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> У меня семейная страховка и в будущем обязательная (указать организацию ниже) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> в моей бывшей больничной кассе <input type="checkbox"/> в другой больничной кассе | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Название больничной кассы</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Место нахождения больничной кассы</td> </tr> </table> | Название больничной кассы | Место нахождения больничной кассы | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Название больничной кассы | Место нахождения больничной кассы | | | | | | |
| ► Предоставьте, пожалуйста, членское свидетельство или другое подтверждение больничной кассы о выборе вашей страховки, если вы поменяете больничную кассу. | | | | | | | |
| 7.2 Частная, добровольная законодательно установленная или отсутствующая страховка по болезни и по потребности в уходе | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> У меня приватная (частная) или добровольная государственная страховка. | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Я не застрахован/а . | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| ► Пожалуйста, заполните приложение SV, часть 2 . | ► Пожалуйста, заполните приложение SV, часть 3 . | | | | | | |
| 8. Затраты на жилье и отопление | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Я беру на себя расходы на проживание и отопление. | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| ► Пожалуйста, заполните приложение KDU . | | | | | | | |

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

9. Образование и участие в общественной жизни

Обратите внимание, что лица моложе 25-ти лет могут претендовать на получение пособия на образование и участие в общественной жизни. По этому вопросу обратитесь, пожалуйста, в Ваш Центр по трудоустройству или компетентное муниципальное учреждение, потому как в этом случае должно быть подано отдельное заявление

10. Ходатайство от более позднего срока

Я ходатайствую о получении пособия согласно 2-му тому Социального кодекса с действием к...

Пожалуйста, примите к сведению, что ваше заявление, как правило, относится к первому числу месяца (§ 37 абзац 2, предложение 2 SGB II), следовательно, Вам необходимо указать данные, в особенности о поступлении дохода, за весь месяц подачи заявления. У вас также есть возможность получать пособие с определенного времени. Иное назначение с действием в будущем возможно только с первого числа следующего месяца.

Данные подлежат социальной тайне (см. "памятку SGB II"). Ваши данные на основании § 60-65 1-го тома Социального кодекса (SGB I) и § 67a, b, с 10-го тома Социального кодекса (SGB X) будут использованы для выплат согласно 2-му тому Социального кодекса. Информацию о защите персональных данных Вы можете получить в Вашем Центре по трудоустройству, а также дополнительно в интернете по ссылке www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Лица, которые ходатайствуют о выплатах согласно второму тому Социального кодекса (SGB II) обязаны оказывать содействие. Это означает, что все данные в этом заявлении и в предоставленных приложениях должны быть исчерпывающими и достоверными. О всех изменениях, которые происходят после подачи заявления и могут повлиять на получение выплат (например, выход на работу, переезд), необходимо незамедлительно сообщить в соответствующий Центр по трудоустройству. Все участники потребительской общности обязаны оказывать такое содействие.

Как правило, при нарушении этой обязанности со всех лиц одной потребительской общности, получающих выплаты, лишне уплаченное востребуется обратно. Если в состав Вашей потребительской общности кроме Вас входят и другие члены, то при заполнении формуляра заявления Вам, как представителю, следует вовлечь этих лиц и сверить все существенные сведения и соответствующие данные. Также, пожалуйста, убедитесь, что все члены потребительской общности получают все необходимые сведения (например, уведомления).

Нарушение может также привести к административной и уголовной ответственности того лица, которое не выполнило требования, перечисленные выше. Центр по трудоустройству, в порядке автоматизированной синхронизации данных, собирает в различных инстанциях сведения о доходе и имуществе (например, о заработной плате, доходе от капитала, пенсиях). Сведения регулярно обновляются, поэтому доход и имущество, о которых намеренно умолчали, становятся впоследствии известными.

Я получил памятку 2-го тома Социального кодекса - Пособие по безработице согласно 2-му тому Социального кодекса (Базовое обеспечение для соискателей работы) и указания по заполнению, и знаю их содержание. Я буду добровольно и незамедлительно сообщать о любых последующих изменениях (особенно в отношении семейного положения, дохода и имущественного положения, а также степени трудоспособности).

Судом по делам опеки и попечительства / местным общим судом назначен опекун.

► Предоставьте, пожалуйста, подтверждение об опекунстве.

№ дела

Опекунство для следующих областей жизни:

Место / Дата

Подпись опекуна

Я подтверждаю, что все данные верны.

Место / Дата

Подпись заявителя

Место / Дата

Подпись законного представителя несовершеннолетних заявителей

► Заполнять только в случае изменений и дополнений:

Я подтверждаю правильность внесенных мной или работниками Центра по трудоустройству правок и дополнений в пунктах данного заявления:

Место / Дата

Подпись заявителя

Место / Дата

Подпись законного представителя несовершеннолетних заявителей

Распечатать формуляр

Отменить / удалить формуляр