

Antrag auf Sozialhilfe: Antragsbogen A
Application for Sozialhilfe: Form A

Quelle / Source:

<https://www.berlin.de/sen/gessoz/service/formulare/>

Sprachen: Deutsch / Persisch (Farsi)
Languages: German / Persian (Farsi)

veröffentlicht / published:
14.11.2017

***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.اوب (Kub) در این خصوص مسئولیتی نمی پذیرد.**

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

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>

Bezirksamt Geschäftsbereich Sozialwesen Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin - ZLA -		Die Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung Ihres Antrags notwendig. Die gesetzlichen Grundlagen für die Erhebung der Daten entnehmen Sie bitte dem beigefügten Merkblatt.			
Antrag auf <input type="checkbox"/> Sozialhilfe nach SGB XII <input type="checkbox"/> Leistungen nach AsylbLG		Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen		Sofern der vorgegebene Raum nicht ausreicht, machen Sie bitte Ihre Angaben - unter XI des Antrages oder - auf einem gesonderten Blatt	
Art der Hilfe <input type="checkbox"/> innerhalb einer Einrichtung <input type="checkbox"/> außerhalb einer Einrichtung					
I. Antragsteller/in (Personenziffer 1)		Ehegatte/Lebenspartner/in (Personenziffer 2)			
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		<input type="checkbox"/> nicht im gemeinsamen Haushalt →		keine weiteren Angaben auf dieser Seite; nur Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen	
Geburtsdatum	Geburtsort/Kreis/Land	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> im gemeinsamen Haushalt ↓		
<input type="checkbox"/> minderjährig →		Bitte Anlage 1 Buchstabe B ausfüllen		Name, ggf. Geburtsname, Vorname	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft		<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		Seit	bitte Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen
Geburtsdatum		Geburtsort/Kreis/Land			
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch → ↓		bitte Anlage 2 ausfüllen		Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch → ↓	
bitte Anlage 2 ausfüllen		bitte Anlage 2 ausfüllen		bitte Anlage 2 ausfüllen	
Personal-dokument bitte vorlegen	ausgestellt von (Dienststelle)	gültig bis	Personal-dokument bitte vorlegen	ausgestellt von (Dienststelle)	gültig bis
<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓		<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓		<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓	
bis	von (Dienststelle)	Geschäftszeichen	bis	von (Dienststelle)	Geschäftszeichen
<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz <input type="checkbox"/> es besteht Beistandschaft		bitte Bestallung beifügen		<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz <input type="checkbox"/> es besteht Beistandschaft	
<input type="checkbox"/> bitte Bestallung beifügen		bitte Bestallung beifügen		<input type="checkbox"/> bitte Bestallung beifügen	
<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A - <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B - <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BVFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BVFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -		ausgestellt am	<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A - <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B - <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BVFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BVFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -		ausgestellt am
ausgestellt von (Dienststelle)		ausgestellt von (Dienststelle)		ausgestellt von (Dienststelle)	
Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen)		gültig bis	Merkzeichen (G, aG)	gültig bis	Merkzeichen (G, aG)
Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

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

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

<input type="checkbox"/> اداره ی منطقه حوزه عمل <input type="checkbox"/> Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin - ZLA (اداره دولتی) - سلامتی و اجتماعی برلین		لازم است که تمام سولها را جواب بدهید. در ورقه که اضافه شده، میتوانید در باره اساسهای حقوقی از این سوال کردن بخانید.	
درخواست		<input type="checkbox"/> کمک اجتماعی در رابطه به SGB XII	لطفا گزینه ی مناسب را علامت بزنید و پرکنید
<input type="checkbox"/> کمک مالی در ارتباط با قانون AsylbLG			
نوعی کمک <input type="checkbox"/> در داخل يك تاسیسات مسکنی <input type="checkbox"/> بیرون يك تاسیسات مسکنی			
I. کسی (مرد یا زن) که این درخواست را می کند		همسر یا مشترک زندگی (مرد یا زن)	
نام خانوادگی، نام		<input type="checkbox"/> خاهنتان یکی نیست	رو این صغه لازم نیست بیشتر در باره همسر پرکنید. فقط پیوست ۱ حرف A پر کنید
تاریخ تولد	محل تولد/منطقه/کشور	<input type="checkbox"/> خاهنتان یکی است ↓	
<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن			
نام خانوادگی، نام	خواهش می کنیم پیوست ۱ حرف B را پر کنید	نام خانوادگی، نام	
خردسال ↓			
وضعیت تاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> زندگی مشترک خارج از ازدواج <input type="checkbox"/> شریک زندگی ثبت شده	<input type="checkbox"/> مزدوج <input type="checkbox"/> ترک رابطه <input type="checkbox"/> طلاق گرفته <input type="checkbox"/> بیوه شده	تاریخ تولد محل تولد/منطقه/کشور	لطفا ضمیمه ی ۱ حرف A را پر کنید
	صفحه		
ملیت <input type="checkbox"/> آلمانی ↓	لطفا ضمیمه ی ۲ را پر کنید	ملیت <input type="checkbox"/> آلمانی ↓	لطفا ضمیمه ی ۲ را پر کنید
محل صدور (ارگان صادر کننده) مدارک شناسایی را لطفا ارائه کنید	معتبر تا	محل صدور (ارگان صادر کننده) مدارک شناسایی را لطفا ارائه کنید	معتبر تا
<input type="checkbox"/> تا کنون هیچ کمک هزینه ای دریافت نشده <input type="checkbox"/> هم اکنون کمک هزینه دریافت شده ↓		<input type="checkbox"/> تا کنون هیچ کمک هزینه ای دریافت نشده <input type="checkbox"/> هم اکنون کمک هزینه دریافت شده ↓	
شماره ی پیگیری (از محل دریافت)	شماره ی پیگیری	شماره ی پیگیری (از محل دریافت)	شماره ی پیگیری
<input type="checkbox"/> بر اساس قانون سرپرستی يك نوع سرپرستی وجود دارد <input type="checkbox"/> یک سرپرست قانونی وجود دارد	لطفا اجازه ی سرپرستی قانونی را ضمیمه کنید	<input type="checkbox"/> بر اساس قانون سرپرستی يك نوع سرپرستی وجود دارد <input type="checkbox"/> یک سرپرست قانونی وجود دارد	لطفا اجازه ی سرپرستی قانونی را ضمیمه کنید
<input type="checkbox"/> آوارگان - مدرک شناسایی A- <input type="checkbox"/> آوارگان -مدرک شناسایی B- <input type="checkbox"/> مهاجران آلمانی تبار - گواهی (طبق § 15 Abs. 1 BVFG) و برگه ی ثبت از سازمان مدیریت کشور- <input type="checkbox"/> همسر یا فرزند یک مهاجر آلمانی تبار - گواهی و برگه ی ثبت از سازمان مدیریت کشور طبق (nach § 15 Abs. 2 BVFG) - <input type="checkbox"/> پناهجو از مناطق شوروی	تاریخ صدور محل صدور (ارگان صادر کننده)	<input type="checkbox"/> آوارگان - مدرک شناسایی A- <input type="checkbox"/> آوارگان -مدرک شناسایی B- <input type="checkbox"/> مهاجران آلمانی تبار - گواهی (طبق § 15 Abs. 1 BVFG) و برگه ی ثبت از سازمان مدیریت کشور- <input type="checkbox"/> همسر یا فرزند یک مهاجر آلمانی تبار - گواهی و برگه ی ثبت از سازمان مدیریت کشور طبق (nach § 15 Abs. 2 BVFG) - <input type="checkbox"/> پناهجو از مناطق شوروی	تاریخ صدور محل صدور (ارگان صادر کننده)
علامت شناسایی (G,aG)	علامت شناسایی (G,aG)	علامت شناسایی (G,aG)	علامت شناسایی (G,aG)
کارت معلولیت جسمی (کپی کارت معلولیت را ضمیمه کنید)	معتبر تا	معتبر تا	معتبر تا
درخواست داده شده است؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	درخواست داده شده است؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه

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

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

* **Wichtige Hinweise:** Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin **das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben**, können Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin bei einem Elternteil **familienversichert** werden. Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin von Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner **getrennt** leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen **familienversichert** werden können.

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

<p>بیمه ی خدمات اجتماعی</p> <p><input type="checkbox"/> بدون بیمه (علت در صفحه ی 4-XI-)</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه ی بازنشستگی</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه ی بهیاری</p> <p>بیمه ی خدمات درمانی</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه ی اجباری</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه ی داوطلبانه</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه ی خانوادگی</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه ی خصوصی</p> <p><input type="checkbox"/> SGB V 264 § تقبل بیمه های درمانی طبق</p>	<p>بیمه ی خدمات اجتماعی</p> <p><input type="checkbox"/> بدون بیمه (علت در صفحه ی 4-XI-)</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه ی بازنشستگی</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه ی بهیاری</p> <p>بیمه ی خدمات درمانی</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه ی اجباری</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه ی داوطلبانه</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه ی خانوادگی</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه ی خصوصی</p> <p><input type="checkbox"/> SGB V 264 § تقبل بیمه های درمانی طبق</p>
<p>اسم شرکت بیمه خدمات درمانی</p> <p>اسم شرکت بیمه ی بازنشستگی</p> <p>شماره ی بیمه ی بازنشستگی</p>	<p>اسم شرکت بیمه خدمات درمانی</p> <p>اسم شرکت بیمه ی بازنشستگی</p> <p>شماره ی بیمه ی بازنشستگی</p>

II.	اندازه ی ساعات کاری	
	شخص شماره ی 1	شخص شماره ی 2
در حال حاضر شاغل هستید؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله شغل کارفرما	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله شغل کارفرما
اندازه ی ساعات کاری	می توانید- به نظر خودتان- روزانه حداقل سه ساعت يك کار را در بازار کار به عهده بگیرید <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه، چون	می تواند او -به نظر شما- حداقل روزانه 3 ساعت در يك شغل معمولی در بازار کار فعالیت کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه، چون
در حال حاضر شما یک فرد با توانایی کاری محدود هستید طبق § Abs. 2 SGB VI 43 ؟ (بازنشستگی - ناتوانی کاری)	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله نامحدود <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه برای بازه ی زمانی؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله نامحدود <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه برای بازه ی زمانی؟
SGB XI؟ نیازمند به پرستاری هستید بر اساس قانون بیمه ی پرستاری	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله سطح	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله سطح
کار آموز/دانشجو -همچنین دانش آموز-	بله، در کارآموزی / تحصیل به عنوان <input type="checkbox"/> ، <input type="checkbox"/> نه	بله، در کارآموزی / تحصیل به عنوان <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> نه
نام و آدرس کارفرمای حال حاضر همینطور اطلاعات مدرسه		
اسکان در يك محل با امکانات دولتی مثلا برای پناهجویان	<input type="checkbox"/> بله، مخصوص <input type="checkbox"/> نه تا از اگر بله : لطفا مدارك مربوطه را ارائه دهید	<input type="checkbox"/> بله، مخصوص <input type="checkbox"/> نه تا از اگر بله : لطفا مدارك مربوطه را ارائه دهید

* اطلاعات مهم : اگر شما یا شریک زندگیتان 23 -مین سال را هنوز تمام نکرده اید، می توانید از طرف یکی از والدینتان بیمه ی خانوادگی شوید. اگر شما یا شریک زندگیتان از یکدیگر جدا زندگی می کنید، باید بررسی شود، که شما با این وجود می توانید بیمه ی خانوادگی شوید.

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

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>

Haben Sie Leistungen nach dem SGB II beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde			
Mögliche Ausschlussgründe für die Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
III. Bankverbindung			
Geldinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer	Kontoinhaber/in
IBAN		BIC	
IV. Aufenthalt			
Anschrift		Lage der Wohnung/Etage	Telefonnummer (freiwillige Angabe)
in Berlin seit	im Bezirk seit	zuletzt wohnhaft	
V. Unterkunft			
V.1	<input type="checkbox"/> Mietwohnung → <input type="checkbox"/> Hauptmieter/in <input type="checkbox"/> Untermieter/in →	Name und Anschrift des Vermieters Name des Hauptmieters	<input type="checkbox"/> Eigenheim → <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung → <input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> Wirtschaftsgemeinschaft
	Miete insgesamt (EUR/mtl.)	Warmwasserkosten (EUR/mtl.)	Mietrückstände (von/bis/EUR)
	Heizkostenvorschuss (EUR/mtl.)	Kabelfernsehen (EUR/mtl.)	Gekündigt zum
		Bitte Nachweis beifügen	→ →
V.2	Größe der Unterkunft des Antragstellers Anzahl der Zimmer ohne Küche/Bad	Gesamtwohnfläche (m ²)	<input type="checkbox"/> Wohngeld wird gezahlt → <input type="checkbox"/> Wohngeld wird nicht gezahlt
			Bitte Anlage 3 ausfüllen, dann weiter bei V.2 Bitte Anlage 6 ausfüllen
Heizungsart/ Warmwasser	<input type="checkbox"/> Sammelheizung <input type="checkbox"/> Zentrale Warmwasserversorgung	<input type="checkbox"/> Ofenheizung <input type="checkbox"/> Gasheizung	<input type="checkbox"/> Nachtstromspeicherheizung
<input type="checkbox"/> Wohnraum wird untervermietet → <input type="checkbox"/> Wohnraum kann untervermietet werden <input type="checkbox"/> Wohnraum kann nicht untervermietet werden →	Zahl vermieteter Leerzimmer	Miete (EUR/mtl.)	Zahl vermieteter möblierter Zimmer
	Miete (EUR/mtl.)	Grund	
<input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n freies Wohnrecht bei:	Name: _____		
Wenn Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Betreute Wohngemeinschaft, Krankenhaus) leben: Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	Anschrift der Wohnung vor der Aufnahme in die Einrichtung	Anschrift der Wohnung vor der Aufnahme in die Einrichtung	

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

شما درخواست کمک داده اید بر اساس SGB II؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه مدرک و همچنین گواهی پذیرش یا رد درخواست را ارائه دهید	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه مدرک و همچنین گواهی پذیرش یا رد درخواست را ارائه دهید
شماره عضویت در اداره ی کار (در صورت دسترسی)		
درخواست دهنده بر نکند/مخصوص اداره		
دلایل احتمالی برای رد درخواست کمک هزینه ی زندگی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله
III. حساب بانکی		
موسسه ی مالی	کد بانک	شماره حساب
ایبان		بیک
IV. اقامت		
آدرس	موقعیت خانه / طبقه	شماره ی تلفن همراه (داوطلبانه)
ساکن برلین از تاریخ	ساکن محله از تاریخ	آدرس قبلی
V. محل زندگی		
V.1	خانه ی اجاره ای <input type="checkbox"/> → مستاجر اصلی <input type="checkbox"/> مستاجر غیر اصلی <input type="checkbox"/> →	نام و آدرس صاحب خانه نام مستاجر اصلی
		منزل شخصی <input type="checkbox"/> → خانه ی شخصی <input type="checkbox"/> → شراکت فامیلی <input type="checkbox"/> شراکت اقتصادی <input type="checkbox"/>
	کل اجاره (ماهانه/یورو) هزینه ی آب گرم (ماهانه/یورو) هزینه ی گرمایی (ماهانه/یورو)	اجازه پرداخت شده است تا تاریخ لطفا مدارک مربوطه را ضمیمه کنید تاریخ فسخ قرارداد
		اجاره ی عقب افتاده (از/تا/یورو) → → لطفا ضمیمه ی 3 را پر کنید، سپس با V.2 ادامه دهید لطفا ضمیمه 6 را پر کنید
V.2	مساحت محل زندگی درخواست دهنده تعداد اتاق ها غیر از آشپزخانه/حمام	مساحت کل (مترمربع) کمک هزینه مسکن پرداخت شده <input type="checkbox"/> کمک هزینه مسکن پرداخت نشده <input type="checkbox"/>
وسایل گرمایشی با ذخیره کننده ی برق شبانه <input type="checkbox"/> وسيله گرمایشی گازی <input type="checkbox"/> وسيله گرمایشی شومینه <input type="checkbox"/> وسایل گرمایشی جمعی <input type="checkbox"/> آب گرمکن مرکزی <input type="checkbox"/> نوع وسیله ی گرمایشی/آب گرم		
→ محل زندگی به مستاجر دیگری اجاره داده شده → محل زندگی می تواند به مستاجر دیگری اجاره داده شود → محل زندگی نمی تواند به مستاجر دیگری اجاره داده شود	تعداد اتاق های خالی اجاره داده شده اجاره ی ماهانه تعداد اتاق های اجاره داده شده ی مبله اجاره ی ماهانه	دلیل اجاره
نام خانوادگی: _____ ما اجازه سکونت در یک خانه را داریم <input type="checkbox"/>		
اگر شما در یک مرکز اسکان اضطراری (مثل: خوابگاه، خوابگاه به همراه پرستار، بیمارستان) زندگی می کنید: قبل از آن کجا ساکن بودید (جاهایی که عموماً اقامت داشته اید)؟	آدرس محل سکونت قبل از پذیرش در خوابگاه	آدرس محل سکونت بل از پذیرش در خوابگاه

VI.	Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen		
Leben weitere Personen im gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, tragen Sie bitte die weiteren Personen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein. Bei vier oder mehr Personen bitte Zusatzblatt verwenden.			
	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in / Partner/in			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum Geburtsort			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit <input type="checkbox"/> _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Haben die o.g. Personen Leistungen nach dem SGB II beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde			
Mögliche Ausschlussgründe für die Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

VI.	رابطه ی شخصی افراد دیگر ساکن در خانه با شخص درخواست دهنده		
<p>آیا کسان دیگری با شما در خانه یا محل زندگی زنگیتان زندگی می کنند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه اگر بله، لطفا نام افراد را به ترتیب تاریخ تولد وارد کنید. در صورتی که این افراد از 4 نفر بیشتر هستند لطفا از برگه ی اضافی استفاده کنید.</p>			
	نفر شماره ی 3	شخص شماره ی 4	نفر شماره ی 5
نام خانوادگی (در صورت وجود، نام خانوادگی در هنگام تولد)			
نام			
رابطه ی خانوادگی نسبت به درخواست دهنده			
جنسیت	<input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	<input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	<input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد
تاریخ تولد محل تولد			
وضعیت تاهل	<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> از تاریخ	<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> از تاریخ	<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> از تاریخ
ملیت	<input type="checkbox"/> آلمانی <input type="checkbox"/> غیره (در صورتی که اجازه کار داده شده است، لطفا ضمیمه کنید)	<input type="checkbox"/> آلمانی <input type="checkbox"/> غیره (در صورتی که اجازه کار داده شده است، لطفا ضمیمه کنید)	<input type="checkbox"/> آلمانی <input type="checkbox"/> غیره (در صورتی که اجازه کار داده شده است، لطفا ضمیمه کنید)
شماره عضویت در اداره ی کار (در صورت دسترسی)			
شغل (فقط در صورتی که 15 سال تمام شده است لازم است که وارد کنید)	می تواند او -به نظر شما- حداقل روزانه 3 ساعت در یک شغل معمولی در بازار کار فعالیت کند؟	می تواند او -به نظر شما- حداقل روزانه 3 ساعت در یک شغل معمولی در بازار کار فعالیت کند؟	می تواند او -به نظر شما- حداقل روزانه 3 ساعت در یک شغل معمولی در بازار کار فعالیت کند؟
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه، چون	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه، چون	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه، چون
آیا افراد نامبرده شده در بالا درخواست کمک هزینه ی بیکاری داده اند طبق SGB II؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه مدرک و همچنین گواهی پذیرش یا رد درخواست را ارائه دهید	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه مدرک و همچنین گواهی پذیرش یا رد درخواست را ارائه دهید	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه مدرک و همچنین گواهی پذیرش یا رد درخواست را ارائه دهید
شماره عضویت در اداره ی کار (در صورت دسترسی)			
درخواست دهنده بر نکند/مخصوص اداره			
دلایل احتمالی برای رد درخواست کمک هزینه ی زندگی	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله

VII. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts (Kinder, Eltern)						
Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Geburts- tag, bzw. Alter	Familien- stand	Verwandt- schafts- verhältnis zum Antragsteller	ausgeübte Tätigkeit	Anschrift	Art und Höhe des Unter- haltsbeitrages

VIII. Einkünfte aller Haushaltsangehörigen			Beträge (EUR) und Angabe des Zeitraumes (mtl./wöchentl./tgl.) Bitte Nachweise beifügen			
Bezeichnung	Bewilligungs- stelle	Geschäftszeich en, Renten- abrechnungs- nummer, o. ä.	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Nichtselbstän- dige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung , Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeit- geberzuschuss)						
Gewerbe- betrieb						
Land- und Forstwirtschaft						
Sonstige selbständige Tätigkeiten						
Vermietung und Verpachtung						
Wohngeld/Last enzuschuss						
Renten / Pensionen (z. B. Rente wg. Erwerbs- minderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirt- schaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisen- rente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss / -zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Kindererziehungs- leistung, Sonstige Renten / Pensionen)						

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

VII.	خویشاوندان خارج از خانه که وابسته به شما هستند (فرزندان ، والدین)						
نام خانوادگی، نام		تاریخ تولد همچنین سن	وضعیت تاهل	رابطه ی فامیلی با درخواست دهنده	شغل انجام داده	آدرس	نوع و سقف پرداخت هزینه
VIII.	درآمد های تمام اعضای خانه				مبالغ پرداختی (پورو) و اعلام بازه های پرداخت (ماهانه/هفتگی /روزانه) لطفا رسید را ارائه دهید لطفا رسید را ارائه دهید		
شناسه		محل موافقت با درخواست	شماره ی پیگیری، شماره ی واریز حقوق بازنشستگی	شخص شماره ی 1	شخص شماره ی 2	نفر شماره ی 3	شخص شماره ی 4
کار غیر مستقل (دستمزد، درآمد از حرفه آموزی، دستمزد کارگاه برای افراد معلول)							
حقوق از بیمه ی درمانی (دستمزد اضافی از کارفرما)							
مغازه							
کشاورزی و صنعت چوب							
فعالیت های مستقل دیگر							
اجاره ی ملک							
کمک هزینه ی اجاره ی ملک شخصی خانه کمک هزینه ی نگهداری از حقوق بازنشستگی/مزایای بازنشستگی							
(به عنوان مثال: بازنشستگی به علت کاهش توانایی، بازنشستگی به علت سن، بازنشستگی به علت حادثه، هزینه ی بازنشستگی کشاورزی، بازنشستگی بیوه شدگان، بازنشستگی به علت تربیت، کمک هزینه ی فرزندان، کمک هزینه ی مراقبت بازنشستگان، خدمات تربیت فرزندان، انواع دیگر بازنشستگی و مزایا)							

ORIGINAL

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

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

شناسه	محل موافقت با درخواست	شماره ی پیگیری، شماره ی واریز حقوق بازنشستگی	شخص شماره ی 1	شخص شماره ی 2	نفر شماره ی 3	شخص شماره ی 4
			مبالغ پرداختی (بیورو) و اعلام بازه های پرداخت (ماهانه/هفتگی /روزانه) لطفا رسید را ارائه دهید لطفا رسید را ارائه دهید			
خدمات اجتماعی						
خدمات تضمین حداقل امکانات برای زندگی						
خدمات پناهجویان						
خدمات از قانون تامین و رسیدگی کشور						
هزینه ی جبران خسارات (مثلا: کمک هزینه ی اسکان، هزینه ی پرستاری، بازنشستگی و جبران خسارت)						
خدمات سازمان کار (مثلا: حقوق بیکاری، حقوق بیکاری 2، کمک هزینه ی ادغام، کمک هزینه ی یادگیری حرفه، کمک هزینه ی حمایت از کار و غیره)						
هزینه ی فرزندان						
اضافه بر کمک هزینه ی کودکان						
هزینه ی والدین						
حمایت از حرفه آموزی						
هزینه ی معاش						
پیش پرداخت هزینه ی معاش						
نیازهای مالی (مثلا: خورد و خوراک، حق اسکان، پول توی جیبی، بیمه ی مستمری عمر، هزینه ی پرستاری)						
برگشت مالیات						
سود سرمایه (مثلا: بهره)						
عوااید دیگر (مثلا: مطالبه ی جبران خسارت)						
بدون درآمد						

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

IX.	Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge				
<input type="checkbox"/> Keine absetzbaren Beträge	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Ausgaben mtl. Betrag					
Einkommensteuer*					
Krankenversicherung*					
Pflegeversicherung*					
Arbeitslosenversicherung*					
Rentenversicherung*					
Kirchensteuer*					
Unfallversicherung					
Altersvorsorgebeiträge					
Hausratsversicherung					
Sterbeversicherung					
Lebensversicherung					
Haftpflichtversicherung					
Aufwendungen für Arbeitsmittel					
Beiträge für Berufsverbände					
Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung					

* Angabe nicht erforderlich soweit die Beträge bereits vom Arbeitgeber oder Rententräger abgesetzt wurden

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

خدماتی براساس شماره ی VIII. درخواست شده، که هنوز در مورد آن تصمیم گیری نشده است؟

نه بله
↓

محل خدمات و کد محل	نوع خدمات	تاریخ درخواست	نفر شماره ی

آیا عوایدی صرفاً برای یک بار انتظار می رود، مثلاً بازگشت مالیات؟

نه بله
↓

بورو	تاریخ	نوع خدمات	نفر شماره ی

IX. از درآمد ، در صوت وجود مبالغی معاف از مالیات

	شخص شماره ی 1	شخص شماره ی 2	نفر شماره ی 3	شخص شماره ی 4	نفر شماره ی 5
<input type="checkbox"/> هیچ وجه معاف از مالیات					
مخارج ماهانه					
مالیات بر درآمد					
بیمه درمانی					
بیمه پرستاری					
بیمه ی بیکاری					
بیمه ی بازنشستگی					
مالیات کلیسا					
بیمه ی حوادث					
سهیم بیمه ی عمر					
بیمه ی صدمات خانه و امول					
بیمه ی فوت					
بیمه ی زندگی					
بیمه ی شخص ثالث					
هزینه ی تجهیزات کار					
هزینه ی حق عضویت در سندیکای کارگزاران					
هزینه ی اضافی برای زندگی جداگانه از همسر					

*در صورتی که در حال حاضر هزینه ها از طریق کارفرما یا بیمه کننده پرداخت شده است لازم به وارد کردن نیست

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

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>

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

X. Vermögensverhältnisse (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

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

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

	شخص شماره ی 1	شخص شماره ی 2	نفر شماره ی 3	شخص شماره ی 4	نفر شماره ی 5
فاصله بین محل سکونت و محل کار و هزینه ی تردد تا محل کار	کیلومتر	کیلومتر	کیلومتر	کیلومتر	کیلومتر
وسایل حمل و نقل عمومی					
خودروی شخصی					
خودروی شخصی کوچک (تا 500 سانتیمتر مکعب)					
موتورسیکلت					
موتورگازی					
غیره					
دلایل مربوط به انتخاب گزینه ی "غیره"					

X. شرایط مالی (در صورت نیاز در یک برگه ی جدا ادامه دهید)

	شخص شماره ی 1	شخص شماره ی 2	نفر شماره ی 3	شخص شماره ی 4
لطفا گزینه ی مناسب را علامت بزنید و پر کنید				
سپرده های پس انداز/ پول نقد <input type="checkbox"/> بله → <input type="checkbox"/> نه				
اوراق بهادار <input type="checkbox"/> بله → <input type="checkbox"/> نه				
دارایی های غیر نقدی بار ارزش قابل توجه <input type="checkbox"/> بله → نوع <input type="checkbox"/> نه				
دارایی های غیره (مطالبات و موارد دیگر) <input type="checkbox"/> بله → نوع <input type="checkbox"/> نه				
دارایی ها هدیه گرفته شده در طول 10 سال گذشته (همچنین دارایی های پایه) <input type="checkbox"/> بله → نوع <input type="checkbox"/> نه				
وسيله ی نقلیه ی موتوری <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	شماره ثبت شده			
شرکت سازنده	سال ساخت	دارنده		
مالکیت خانه یا زمین <input type="checkbox"/> بله → <input type="checkbox"/> نه لطفا ضمیمه ی 3 را پر کنید				
ارائه ی خدمات بانئستگی خصوصی توسط دولت <input type="checkbox"/> بله → <input type="checkbox"/> نه				

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

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen		Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein				
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein				

XI.	Sonstige Angaben , z. B. über persönliche, familiäre, gesundheitliche Verhältnisse

XII.	Leistungen für besondere Mehrbedarfe
Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind und aus den vorgenannten Angaben nicht zu beurteilen sind. Dies gilt für alle Personen innerhalb des Haushalts. Folgende Mehrbedarfe werden geltend gemacht:	
<input type="checkbox"/> Für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche → Vorlage Mutterschaftspass erforderlich	Name: _____ Vorname: _____ Voraussichtlicher Geburtstermin _____
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderte Menschen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitslaben erhalten → Vorlage des Bewilligungsbescheides	Name: _____ Vorname: _____
<input type="checkbox"/> Kostenaufwendige Ernährung aus medizinischen Gründen → vom Sozialamt erhältlicher Vordruck ist vom behandelnden Arzt auszufüllen	Name: _____ Vorname: _____ Name: _____ Vorname: _____

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

XIV.	Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

	شخص شماره 1	شخص شماره 2	نفر شماره 3	شخص شماره 4
لطفا گزینه ی مناسب را علامت بزنید و پر کنید				
اعاده از قرارداد انتقال (مثلاً: حق اسکان، حق عمر، حقوق قسمت های قدیمی)	<input type="checkbox"/> بله → <input type="checkbox"/> نه			
دارایی های دیگر	<input type="checkbox"/> بله → <input type="checkbox"/> نه			
XI. داده های دیگر به عنوان مثال در مورد وضعیت شخصی، خانوادگی و سلامتی				
XII. خدمات برای نیازهای ضروری				
در صورت وجود پیش نیازهای لازم امکان پرداخت خدمات بیشتر وجود دارد، که زیر پوشش خدمات معمولی قرار نمی گیرند و تصمیم در مورد آنها با داده های وارد شده ناممکن است. این حق شامل تمام افراد خانواده خانواده می شود دلایل خود را ارائه دهند و در صورت موافقت خدمات اضافی دریافت کنند.				
نیازهای اضافی زیر اظهار می شود:				
<input type="checkbox"/> برای مادر شدن بعد از گذشت 12 هفته ی بارداری	نام خانوادگی:	نام:		
<input checked="" type="checkbox"/> ارائه ی کارت مادری لازم است →	تاریخ تولد پیش بینی شده			
<input type="checkbox"/> افراد با معلولیت بالا، که 15 سال را به اتمام رسانده اند و برای مشارکت در زندگی کاری خدمات دریافت می کنند.	نام خانوادگی:	نام:		
<input checked="" type="checkbox"/> ارائه ی مدرک موافقت با درخواست →				
<input type="checkbox"/> تغذیه پرهزینه به دلایل پزشکی	نام خانوادگی:	نام:		
<input checked="" type="checkbox"/> فرم دریافت شده از اداره ی رفاه باید توسط پزشک معالج پر شود →	نام خانوادگی:	نام:		
XIII. ضمیمه های زیر شامل درخواست هستند:				
<input type="checkbox"/> 1 - هزینه ی معیشت <input type="checkbox"/> 2 - خارجها <input type="checkbox"/> 3 - املاک و مستغلات <input type="checkbox"/> 4 - کمک هزینه ی ادغام <input type="checkbox"/> 5 - اجاره ی عقب افتاده				
XIV. مدارک زیر به درخواست ضمیمه شده اند				

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

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>

Die Angaben im Antrag und den dazugehörigen Anlagen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß gemacht.

Ich werde den Träger der Leistungen (Land Berlin, vertreten durch die Bezirksämter v. Berlin, Geschäftsbereich Sozialwesen / Geschäftsbereich Jugend und Sport bzw. Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin / ZLA) gem. § 60 Abs. 1 Ziff. 2 SGB I unverzüglich informieren, wenn

- sich meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse ändern
- sich die Verhältnisse meiner Haushaltsangehörigen ändern
- ich Renten oder ähnliche Leistungen beantrage.

Des Weiteren bin ich hinreichend darüber informiert worden, dass im Falle eines konkreten Betrugsverdachts die Ermittlungen des Sachverhalts gemäß §§ 20, 21, 69 und 71 SGB X von Amts wegen – ohne meine Beteiligung – erfolgen können.

Leistungen werden von mir zurückgefordert, sofern ich sie zu Unrecht erhalten habe, z. B. weil ich vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche Angaben gemacht habe.

Der Träger der Leistungen nach SGB XII bzw. AsylbLG kann für die Zeit, für die ich Leistungen erhalte, meine Ansprüche gegen einen anderen auf entsprechende Leistungen in Höhe seiner Aufwendungen auf sich überleiten.

Der Sozialhilfeträger behält sich vor, bei Vorliegen des entsprechenden Sachverhalts Aufwendungsersatz nach den §§ 19 Abs. 5, 27 Abs. 3 oder § 92 Abs. 1 SGB XII bzw. §§ 7, 9 AsylbLG geltend zu machen. In diesem Umfang habe ich dem Träger der Leistungen die Aufwendungen zu ersetzen. Dies gilt auch, wenn der Erstattungsanspruch des Trägers der Sozialleistung gegen andere vorrangig verpflichtete Leistungsträger (z.B. Rententräger, Krankenkasse) aus Verfahrensgründen nicht befriedigt werden kann und ich für den gleichen Zeitraum von beiden Leistungsträgern Aufwendungen erhalten habe. In diesen Fällen sind die gewährten Leistungen nach SGB XII / AsylbLG von mir zu erstatten.

Ich bin davon in Kenntnis gesetzt, dass die Überweisung der Beiträge für meine freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung direkt an die Kranken- bzw. Pflegekasse vorgenommen wird.

Unterschrift des Antragstellers/Datum

ggf. Unterschrift des nicht getrennt lebenden Ehegatten

Falls vom
Antragsteller nicht
selbst oder nicht
vollständig ausgefüllt

Name, Anschrift, ggf. Dienststelle und Unterschrift des Aufnehmenden/Datum

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

داده های در درخواست و ضمیمه های شامل آن را کامل و بر اساس حقیقت پر کرده ام

من ارائه دهنده ی خدمات را (ایالت برلین، نمایندگی شده از طرف اداره ی مناطق برلین، سازمان رفاه/ سازمان ورزش و جوانان و همچنین اداره سلامت و رفاه برلین ZLA) بر اساس § 60 Abs. 1 Ziff. 2 SGB I بدون وقفه مطلع کنم اگر:

- وضعیت شخصی و اقتصادی من تغییر کند.
- وضعیت افراد زندگی کننده با من تغییر کند.
- من درخواست بازنشستگی یا خدمات مشابه بدهم.

همچنین من کافی مطلع شده ام که در صورت وضوح سوء ظن به تقلب بررسی حقایق مطابق از طرف اداره ی مربوطه براساس §§ 20, 21, 69 SGB X بدون حضور من- می تواند صورت بپذیرد.

خدمات از من پس گرفته می شود و، در صورتی که من به ناحق دریافت کرده باشم، مثلاً چون اطلاعات اشتباه داده باشم.

تامین کننده ی خدمات می تواند طبق SGB XII bzw. AsylbLG برای زمانی که من خدمات دریافت می کنم، ادعای من نسبت به شخص دیگری به اندازه ی خدماتی که من دریافت می کنم را به خود انتقال دهد.

تامین کننده ی خدمات حق خود می داند، در صورت پدید آمدن شرایطی بر اساس قانون §§ 7, 9 AsylbLG 19 SGB XII bzw. § 92 Abs. 1 oder 3 Abs. 5, 27 Abs. 1 معادل هزینه ها را به اجرا بگذارد. بر طبق قانون من باید هزینه های دریافت شده را به صورت کامل پرداخت کنم. این قانون همچنین قابل اعمال است وقتی که بازپرداخت هزینه های تامین کننده ی خدمات علیه دیگر خدمات دهندگان که در اولویت هستند (مانند: بیمه ی درمانی و بیمه ی بازنشستگی) دلایل محکمه پسندی ارائه نشود و من در این بازه ی زمانی از هر دوی خدمات دهنده، خدمات دریافت کرده ام. در این صورت طبق قانون SGB XII / AsylbLG هزینه ها از طرف من قابل پرداخت است.

من مطلع هستم که پرداخت هزینه ها برای بیمه ی درمانی و پرستاری داوطلبانه ی من به صورت مستقیم به صندوق درمانی و پرستاری واریز می شود.

امضای درخواست دهنده/تاریخ	در صورت وجود امضای همسر اگر جداگانه زندگی نمی کنید.
در صورتی که درخواست دهنده شخصاً یا کاملاً فرم ها را پر نکرده است.	نام، آدرس، در صورت وجود نام محل و امضای شخص پرکننده/تاریخ

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

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>

Merkblatt zum Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII bzw. Leistungen nach AsylbLG

Nach § 60 SGB I muss der Antragsteller / die Antragstellerin bei der Aufklärung des Sachverhaltes und der Feststellung der für die Sozialleistung bestehenden Voraussetzungen mitwirken. Die Nichtbeantwortung von Fragen kann im Einzelfall zur Folge haben, dass die beantragte Leistung nicht gewährt werden kann. Die Grenzen der Mitwirkung sind in § 65 SGB I geregelt.

Im folgenden werden Ihnen die Rechtsgrundlagen benannt, aufgrund derer die erforderlichen Daten erhoben wurden:

Sozialgesetzbuch

Erstes Buch (SGB I)	Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975 (Bundesgesetzblatt – BGBl. I, S. 3015 / Gesetz- und Verordnungsblatt – GVBl. S. 1638), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836)
Zehntes Buch (SGB X)	Neufassung durch Gesetz vom 18. Januar 2001 (BGBl. I, S. 130 ff.), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749)
Elftes Buch (SGB XI)	Artikel 1 des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 26. Mai 1994 (BGBl. I, S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423).
Zwölftes Buch (SGB XII)	in der Fassung vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S. 3022), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 01. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3733)

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

in der Fassung vom 5. August 1997 (BGBl. I, S. 2022),
zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 07. Mai 2013 (BGBl. I S. 1122)

Bundesvertriebenengesetz (BVFG)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 2007 (BGBl. I, S. 1902),
zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I, S. 2246)

Verordnung zur Bestimmung des für die Fortschreibung der Regelbedarfsstufen nach § 28a des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XII – maßgeblichen Prozentsatzes sowie zur Ergänzung der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2014 (Regelbedarfsstufen-Fortschreibungsverordnung 2014 –RBSFV 2014)

vom 15. Oktober 2013 (BGBl. I, S. 3856)

Verordnung nach § 60 SGB XII (Eingliederungshilfe-Verordnung)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Februar 1975 (BGBl. I, S. 433)
zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S.3022)

Verordnung zur Durchführung des § 82 SGB XII (DVO § 82 SGB XII)

in der im BGBl. III unter 2170-1-4 veröffentlichten bereinigten Fassung,
zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I, S. 818)

Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII

vom 11. Februar 1988 (BGBl. I, S.438)
zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S 3022)

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

برگه ی یادآوری به منظور طرح درخواست کمک های رفاهی طبق SGB XII همچنین خدمات طبق AsylbLG.

بر اساس قانون § 60 SGB درخواست دهنده باید به منظور روشن شدن حقایق و بررسی پیشنیازهای لازم برای دریافت خدمات رفاهی همکاری کند. جواب ندادن به سوال ها می تواند در مواردی باعث شود که درخواست کننده از دریافت کمک رفاهی محروم شود. حد و مرز همکاری ها بر اساس قانون § 60 SGB مشخص شده اند.

در ادامه برای شما میبانی قانونی نامیده می شوند، که بر اساس آنها اطلاعات لازم جمع آوری شده اند.

ما عباراتی که در ادامه می آید را ترجمه نکرده ایم. اگر می خواهید از میبانی قانونی مطلع شوید لطفاً از کسی که به اندازه ی کافی به زبان آلمانی تسلط دارد کمک بگیرید.

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

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>