

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

**Quelle / *Source*:**

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

**Sprachen: Deutsch / Russisch  
*Languages: German / Russian***

**veröffentlicht / *published*:  
29.2.2016**

**\*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.**

**\* Внимание: Данный документ служит помощью при заполнении заявления. Вам необходимо заполнить оригинал бланка заявления на немецком языке и отправить его в соответствующее учреждение!**

**Во избежание ошибок, которые могут возникнуть в случае самостоятельного заполнения, рекомендуется обращаться в консультационные пункты.**

**Все переводы сделаны тщательно на добровольной основе. Поэтому КУБ не перенимает ответственность.**

<b>Bezirksamt</b> Geschäftsbereich <b>Sozialwesen</b> 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.	
<b>Antrag auf</b> <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			
<b>I. Antragsteller/in</b> (Personenziffer 1)		<b>Ehegatte/Lebenspartner/in</b> (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"/> 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 <input type="checkbox"/> →	bitte Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen
Geburtsdatum	Geburtsort/Kreis/Land		
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch →		bitte Anlage 2 ausfüllen	
<input type="checkbox"/> deutsch ↓		bitte Anlage 2 ausfüllen	
Personal-dokument bitte vorlegen	ausgestellt von (Dienststelle)	gültig bis	Personal-dokument bitte vorlegen
<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
<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 →		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 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -		ausgestellt am	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 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -		ausgestellt von (Dienststelle)	ausgestellt von (Dienststelle)
Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen)	gültig bis	Merkzeichen (G, aG)	gültig bis
	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>Bezirksamt</b>	<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**

<b>Районное управление</b> круг деятельности <b>социальное обеспечение</b> Земельное ведомство по делам здравоохранения и социального обеспечения - ЦЛА [центральное учреждение для соискателей статуса беженца]		Ответы на все вопросы необходимы для рассмотрения вашего заявления. Законные основания сбора данных вы можете найти в прилагаемой инструкции.	
<b>Заявление о</b>		социальная помощь по СГБ XII  пособие по AsylbLG [закону о предоставлении социальной помощи лицам, претендующим на убежище]	Пожалуйста, отметите крестиком и заполните нужное  Если места не хватает, пожалуйста, дайте сведения: - ниже п. XI этой заявки или - на дополнительном листе
ВИД ПОМОЩИ в пределах учреждения за пределами учреждения			
<b>I. заявитель (личный номер 1)</b>		<b>супруг/а (личный номер 2)</b>	
фамилия, при необходимости, фамилия при рождении, имя		не в совместном проживании →	на этой странице далее нет сведений, заполните только приложение 1, буква А
дата рождения	место рождения	мужской женский в совместном проживании ↓	
несовершеннолетний →		заполните приложение 1 буква В	
семейное положение холост/не замужем бракоподобное сожительство зарегистрированное гражданское партнёрство		женат/замужем раздельное проживание расведен/а вдовец/вдова	с → заполните приложение 1 буква А
дата рождения		место рождения	
гражданство немецкое →		гражданство немецкое →	
предоставьте, пожалуйста, удостоверение личности		выдан каким ведомством?	действителен до
действителен до уже получили пособия		действителен до уже получили пособия	
до	от (учреждения)	номер документа	до
от (учреждения)	номер документа		до
есть попечение по закону попечения есть опекунство		прилагаете, пожалуйста, назначение опекуном	
изгнанный с родины - удостоверение А [это относится к немецким беженцам после второй мировой войны] изгнанный - удостоверение В [это относится к немецким беженцам после второй мировой войны] поздний переселенец - удостоверение (в соответствии с § 15 абзац 1 BVFG [Закон о делах перемещённых лиц и беженцев]) и регистрационная справка Федерального административного ведомства супруг/а или потомок позднего переселенца - удостоверение (в соответствии с § 15 абзац 1 BVFG [Закон о делах перемещённых лиц и беженцев]) и регистрационная справка Федерального административного ведомства беженец из советской зоны - удостоверение С [это относится к немецким беженцам после второй мировой войны]		дата выдачи	выдан каким ведомством?
изгнанный с родины - удостоверение А [это относится к немецким беженцам после второй мировой войны] изгнанный - удостоверение В [это относится к немецким беженцам после второй мировой войны] поздний переселенец - удостоверение (в соответствии с § 15 абзац 1 BVFG [Закон о делах перемещённых лиц и беженцев]) и регистрационная справка Федерального административного ведомства супруг/а или потомок позднего переселенца - удостоверение (в соответствии с § 15 абзац 1 BVFG [Закон о делах перемещённых лиц и беженцев]) и регистрационная справка Федерального административного ведомства беженец из советской зоны - удостоверение С [это относится к немецким беженцам после второй мировой войны]		дата выдачи	выдан каким ведомством?
действителен до		пометка (G, aG)	действителен до
пометка (G, aG)		заявление подано? да нет	
действителен до		пометка (G, aG)	действителен до
пометка (G, aG)		заявление подано? да нет	

**ÜBERSETZUNG / TRANSLATION**

<p><b>Районное управление</b> круг деятельности</p>	<p>Шарлоттенбург-Вильмерсдорф в Берлине <input type="button" value="v"/> Фридрихсхайн-Кройцберг в Берлине Лихтенберг в Берлине Марцан-Хеллерсдорф в Берлине Митте в Берлине Нойкёльн в Берлине Панков в Берлине Райниккендорф в Берлине Шпандау в Берлине Штеглиц-Целендорф в Берлине Темпельхоф-Шёнеберг в Берлине Трептов-Кёпеник в Берлине</p>	
---	---	--

<p><b>Sozialversicherung</b></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><b>Krankenversicherung:</b></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><b>Sozialversicherung</b></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><b>Krankenversicherung:</b></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>
---	---

<b>II. Umfang bzw. Ausschluss der Erwerbsfähigkeit</b>		
	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 – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> 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.



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)				
<b>- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde</b>				
Mögliche Ausschlussgründe für die Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
<b>III. Bankverbindung</b>				
Geldinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer	Kontoinhaber/in	
IBAN		BIC		
<b>IV. Aufenthalt</b>				
Anschrift		Lage der Wohnung/Etage	Telefonnummer (freiwillige Angabe)	
in Berlin seit	im Bezirk seit	zuletzt wohnhaft		
<b>V. Unterkunft</b>				
<b>V.1</b>	<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	Bitte Anlage 3 ausfüllen, dann weiter bei V.2
	Miete insgesamt (EUR/mtl.)	Warmwasserkosten (EUR/mtl.)	Miete bezahlt bis	Mietrückstände (von/bis/EUR) →
	Heizkostenvorschuss (EUR/mtl.)	Kabelfernsehen (EUR/mtl.)	<b>Bitte Nachweis beifügen</b>	Gekündigt zum →
<b>V.2</b>	Größe der Unterkunft des Antragstellers Anzahl der Zimmer ohne Küche/Bad	Gesamtwohnfläche (m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> Wohngeld wird gezahlt → <input type="checkbox"/> Wohngeld wird nicht gezahlt	Bitte Bescheid beifügen
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: <b>Wo haben Sie vorher gewohnt</b> (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	Anschrift der Wohnung <b>vor der Aufnahme</b> in die Einrichtung		Anschrift der Wohnung <b>vor der Aufnahme</b> in die Einrichtung	



**ÜBERSETZUNG / TRANSLATION**

Вы подали заявление о пособиях в соответствии с SGB II (кодекс социального права, часть 2)?		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Представляете подтверждение или решение о согласии/об отказе	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Представляете подтверждение или решение о согласии/об отказе
идентификационный номер агентства занятости (если у вас есть)			
<b>- не заполняете/отметка ведомства</b>			
возможные причины отказа от пособий для поддержания жизни		<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да
<b>III. банковские реквизиты</b>			
банковское учреждение		код банка	номер банковского счёта
ИБАН (международный номер банковского счёта)		БИК (банковский идентификационный код)	
<b>IV. проживание</b>			
адрес		местоположение квартиры/этаж	номер телефона (добровольно)
в Берлине с	в округ с	последнее место проживания	
<b>V. жилье</b>			
<b>V.1</b>	<input type="checkbox"/> снимаемая квартира → <input type="checkbox"/> основной съёмщик <input type="checkbox"/> субквартирант →	фамилия, имя и адрес квартиросдачика фамилия и имя основного съёмщика	<input type="checkbox"/> собственный дом <input type="checkbox"/> частная квартира <input type="checkbox"/> родственник <input type="checkbox"/> хозяйственное объединение
	квартирная плата в целом (евро/месяц)	расходы на теплую воду (евро/месяц)	квартирная плата заплачена до
	аванс расходов на отопление (евро/месяц)	кабельное телевидение (евро/месяц)	задолженность по квартирной плате (с/до/евро) →
		<b>приложите, пожалуйста, удостоверение</b>	договор найма расторгнут к →
			заполните, пожалуйста, приложение 3, потом дальше в V.2 заполните, пожалуйста, приложение 6
<b>V.2</b>	размер жилья заявителя количество комнат без кухни/ванной	совокупная жилая площадь (м2)	<input type="checkbox"/> получаю пособие на оплату квартиры (Wohngeld) → <input type="checkbox"/> не получаю пособия на оплату квартиры
			приложите, пожалуйста, справку
способ отопления/горячая вода			
<input type="checkbox"/> центральное отопление <input type="checkbox"/> горячее водоснабжение с централизованным приготовлением горячей воды <input type="checkbox"/> печное отопление <input type="checkbox"/> газовое отопление <input type="checkbox"/> электрическое отопление с ночным теплоаккумулированием			
<input type="checkbox"/> жилая площадь в субаренду → <input type="checkbox"/> жилая площадь можно сдать в субаренду <input type="checkbox"/> жилую площадь нельзя сдать в субаренду →	количество комнат без мебели, сданных в аренду	квартирная плата (евро/месяц)	количество меблированных комнат, сданных в аренду
	земля		квартирная плата (евро/месяц)
<input type="checkbox"/> У меня/У нас право свободного жительства у: фамилия, имя:			
Если вы живете в стационаре (например в инвалидном доме, сопровождаемом проживании, больнице): <b>Где вы жили раньше?</b> (обычное местопребывание)	адрес до приёма в стационар	адрес до приёма в стационар	

<b>VI.</b>	<b>Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen</b>		
Leben weitere Personen im gemeinsamen Haushalt? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span> <b>Wenn Ja, tragen Sie bitte die weiteren Personen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein.</b> Bei vier oder mehr Personen bitte <b>Zusatzblatt</b> 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 – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> 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)			
<b>- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde</b>			
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**

<b>VI.</b>	<b>личное положение лиц, проживающих вместе с заявителем</b>		
Вы проживаете вместе с другими лицами?		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
Если "да", пожалуйста, заносите в список эти другие лица в порядке даты рождения			
Если 4 или более лиц, пожалуйста, используйте <b>дополнительны лист</b>			
	личный номер 3	личный номер 4	личный номер 5
фамилия, по возможности фамилия по рождению			
Имя			
степень родства с заявителем			
Пол	<input type="checkbox"/> женский <input type="checkbox"/> мужской	<input type="checkbox"/> женский <input type="checkbox"/> мужской	<input type="checkbox"/> женский <input type="checkbox"/> мужской
Дата рождения место рождения			
Семейное положение	<input type="checkbox"/> холост/не замужем <input type="checkbox"/> с (дата)	<input type="checkbox"/> холост/не замужем <input type="checkbox"/> с (дата)	<input type="checkbox"/> холост/не замужем <input type="checkbox"/> с (дата)
Гражданство	<input type="checkbox"/> немецкое <input type="checkbox"/> другое (если разрешение на работу уже данное, пожалуйста, прилагаете его)	<input type="checkbox"/> немецкое <input type="checkbox"/> другое (если разрешение на работу уже данное, пожалуйста, прилагаете его)	<input type="checkbox"/> немецкое <input type="checkbox"/> другое (если разрешение на работу уже данное, пожалуйста, прилагаете его)
идентификационный номер агенства занятости (если есть)			
трудоспособность (информация требуется только при достижении возраста 15 лет)	Он/Она - в Вашей оценке - может работать на общей рынке труда <b>как минимум 3 часа ежедневно?</b>  <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет, потому что	Он/Она - в Вашей оценке - может работать на общей рынке труда <b>как минимум 3 часа ежедневно?</b>  <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет, потому что	Он/Она - в Вашей оценке - может работать на общей рынке труда <b>как минимум 3 часа ежедневно?</b>  <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет, потому что
Подали вышеуказанные лица заявление о пособиях в соответствие с SGB II [кодекс социального права, часть 2]?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Прилагаете подтверждение или решение о согласии/об отключении	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Прилагаете подтверждение или решение о согласии/об отключении	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Прилагаете подтверждение или решение о согласии/об отключении
идентификационный номер агенства занятости (если есть)			
<b>- не заполняете/отмеча ведомства</b>			
возможные причины отказа от пособиях поддержания жизни	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да

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

<b>VIII. Einkünfte aller Haushaltsangehörigen</b>			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**

<b>VII.</b>	<b>родственники на содержании, которые не живут вместе с Вами (дети, родители)</b>						
	фамилия, при необходимости, фамилия при рождении, имя	дата рождения, возраст	семейное положение	степень родства с заявителем	осуществляемая деятельность	адрес	вид и размер содержания
<b>VIII.</b>	<b>доходы всех лиц совместного домохозяйства</b>			сумма (евро) и период (ежемесячно, еженедельно, ежедневно). Пожалуйста, приложите подтверждение.			
	обозначение	учреждение предоставления	номер документа, номер удержания пенсии и т.д.	личный номер 1	личный номер 2	личный номер 3	личный номер 4
	наёмный труд  (трудовой доход, оплата труда в период профессионального обучения, оплата мастерской для инвалидов)						
	пособия больничной кассы (включая прибавка работодателя)						
	коммерческое предприятие						
	сельско- и лесохозяйство						
	прочие самостоятельные труды						
	доходы от аренды						
	субсидия для оплаты квартиры/пособия, выдаваемые собственнику дома						
	ПЕНСИИ (например пенсия по инвалидности, пенсия по старости, пенсия по инвалидности вследствие трудного увечья, сельскохозяйственная пенсия по старости, вдовья пенсия, пенсия, выплачиваемая детям застрахованных лиц после смерти последних, пенсия по опекунскому страхованию, надбавие к пенсии на детей, пособие по уходу больным к пенсии, трудовая пенсия, пособие по воспитание детей, прочие пенсии)						

**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 <small>(z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)</small>						
Leistungen der Agentur für Arbeit <small>(z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungs- beihilfe, Arbeitsför- derungsgeld u. a.)</small>						
Kindergeld						
Kindergeld- zuschlag						
Elterngeld						
Ausbildungs- förderung						
Unterhalt						
Unterhaltsvor- schuss						
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche <small>(z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschen- geld, Leibrente, Pflegegeld)</small>						
Steuerer- stattung						
Kapitalerträge <small>(z. B. Zinsen)</small>						
Sonstige Einkünfte <small>(z.B. Schadensersatz- ansprüche)</small>						
Kein Einkommen						

**ÜBERSETZUNG / TRANSLATION**

обозначение	учреждение предоставления	номер документа, номер удержания пенсии и т.д.	личный номер 1	личный номер 2	личный номер 3	личный номер 4
			сумма (евро) и период (ежемесячно, еженедельно, ежедневно). Пожалуйста, приложите подтверждение.			
пособия социальной помощи						
пособия базового обеспечения						
социальная помощь лицам, претендующим на убежище						
пособия по закону о военных обязательствах						
пособия по закону о компенсации ущерба, причинённого войной (например пособие на алименты, пособие по уходу за больным, пенсия по компенсации)						
пособия агентства занятости (например пособие по безработице [ALG], пособие по безработице II [ALG II], пособие помощи вернувшимся из заключения в устройстве на работу, пособие на профессиональное обучение, пособие стимулирования занятости и другие)						
пособие на ребёнка						
надбавка к пенсии на детей						
родительское пособие						
сокращение срока обучения						
алименты						
алиментный аванс						
частноправовые притязания дежные (например деньги за довольствие, право жительства, карманные деньги, пожизненная рента, пособие по уходу за больным)						
возврат налогов						
доходы из капитала (например проценты)						
прочие доходы (например претензии по возмещению убытков)						
нет дохода						

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

<b>IX.</b>	<b>Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Keine abzetz- baren Beträge</b>	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**

**Поданы пособия по номер VIII, которые ещё не решили?**  
 нет     да  
 ↓

личный номер	дата подачи	вид пособия	ведомство и номер документа

**Вы ждёте однократных доходов, например возврата налогов?**  
 нет     да  
 ↓

личный номер	вид пособия	дата	евро

**IX. израсходованная сумма доходов, возможно необлагаемая налогом**

<input type="checkbox"/> нет израсходованной суммы доходов, необлагаемой налогом	личный номер 1	личный номер 2	личный номер 3	личный номер 4	личный номер 5
ещемесячный расходы					
подоходный налог					
страхование на случай болезни					
страхование на случай потребности в уходе					
страхование по безработице					
пенсионное страхование					
церковный налог					
страхование от несчастных случаев					
инвестирование в пенсию по старости					
страхование домашнего имущества					
страхование смерти					
страхование жизни					
страхование от ответственности за причинение вреда					
расходы на орудие труда					
взносы в профессиональные ассоциации					
дополнительные расходы на двойное ведение домашнего хозяйства					

\* информация не требуется, если работодатель или организауия, управляющая пенсионным страхованием, уже очислили эти суммы

	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 <b>Bitte Anlage 3 ausfüllen</b> <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**

	личный номер 1	личный номер 2	личный номер 3	личный номер 4	личный номер 5
расстояние между квартирой и местом работы, а стоимость проезда в	км	км	км	км	км
общественный транспорт					
легковой автомобиль					
маленький легковой автомобиль (до 550 куб.см.)					
мотоцикл					
мотовелосипед					
прочие					
подробное обоснование категории "прочие"					

**X. имущественное положение (при необходимости прододжаете на дополнительном листе)**

Пожалуйста, отметите крестиком и заполните нужное		личный номер 1	личный номер 2	личный номер 3	личный номер 4
сберегательный вклад/наличные	<input type="checkbox"/> да → <input type="checkbox"/> нет				
ценные бумаги	<input type="checkbox"/> да → <input type="checkbox"/> нет				
ценные предметы осовенной ценности	<input type="checkbox"/> да → вид <input type="checkbox"/> нет				
прочее имущество	<input type="checkbox"/> да → вид <input type="checkbox"/> нет				
подаренное в течении последних 10 лет имущество (даже земельное имущество)	<input type="checkbox"/> да → вид <input type="checkbox"/> нет				
автотранспортное средство	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	государственный регистрационный знак			
тип	год выпуска	владелец			
домовладение или землевладение	<input type="checkbox"/> да → <input type="checkbox"/> нет				
<b>заполните, пожалуйста, приложение 3</b>					
частное инвестирование в пенсию при поддержке государства	<input type="checkbox"/> да → <input type="checkbox"/> нет				

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				

<b>XI.</b>	<b>Sonstige Angaben</b> , z. B. über persönliche, familiäre, gesundheitliche Verhältnisse

<b>XII.</b>	<b>Leistungen für besondere Mehrbedarfe</b>	
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: _____

<b>XIII.</b>	<b>Bestandteile des Antrages sind die Anlagen</b>
<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"/> _____	

<b>XIV.</b>	<b>Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt</b>

**ÜBERSETZUNG / TRANSLATION**

Пожалуйста, отметите крестиком и заполните нужное		личный номер 1	личный номер 2	личный номер 3	личный номер 4
претензии на основании договоров переноса (например право жительства, право пользования, право на отцовский надел)	<input type="checkbox"/> да      → <input type="checkbox"/> нет				
прочее имущество	<input type="checkbox"/> да      → <input type="checkbox"/> нет				

<b>XI.</b>	<b>дополнительная информация</b> например личное, семейное, медицинское положение

<b>XII.</b>	<b>пособия на особые дополнительные потребности</b>												
<p>При определённых условиях могут быть предоставлены пособия на дополнительные потребности, которые покрываются пособием по социальному страхованию и не могут быть установлены с помощью вышесказанных данных. Это распространяется на всех лиц совместного домохозяйства.</p> <p>предъявлю следующие дополнительные потребности:</p>													
<input type="checkbox"/> для будущих матерей после 12. неделя беременности → требуется представление паспорта материнства [паспорт материнства - это документ, который будущие матери получают у врача]													
<input type="checkbox"/> лица с тяжёлым физическим или психическим недостатком, которые достигли возраста 15 лет и получают пособия на участие в трудовой деятельности → представление решения о согласии													
<input type="checkbox"/> затратное питание по медицинским показаниям → бланк, который может быть получен у учреждения социального обеспечения, должен быть заполнен лечащим врачом													
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">фамилия</td> <td style="width: 50%;">имя</td> </tr> <tr> <td colspan="2">предполагаемая дата родов</td> </tr> <tr> <td>фамилия</td> <td>имя</td> </tr> <tr> <td>фамилия</td> <td>имя</td> </tr> <tr> <td>имя</td> <td></td> </tr> <tr> <td>фамилия</td> <td>имя</td> </tr> </table>		фамилия	имя	предполагаемая дата родов		фамилия	имя	фамилия	имя	имя		фамилия	имя
фамилия	имя												
предполагаемая дата родов													
фамилия	имя												
фамилия	имя												
имя													
фамилия	имя												

<b>XIII.</b>	<b>составной частью заявки являются приложения</b>
<input type="checkbox"/> 1 - алименты <input type="checkbox"/> 2 - иностранцы <input type="checkbox"/> 3 - землевладени <input type="checkbox"/> 4 - оказание помощи вернувшимся из заключения в устройстве на работу <input type="checkbox"/> 5 - задолженности по квартирной плате	

<b>XIV.</b>	<b>К заявке прилагаются следующие приложения</b>

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

Информации в заявке и в принадлежащих приложениях я дал/а полностью и достоверно.

В соответствии с § 60, абзац 1 п. 2 SGB I [кодекс социального права] я немедленно извещу ведомство, предоставляющее пособие (земля Берлин, представленную районным управлением Берлина, сектор социальное обеспечение / молодежь и спорт, или земельное ведомство по делам здравоохранения и социального обеспечения / ЦПА [центральное учреждение для соискателей статуса беженца]), если

- меняется мое личное или экономическое положение
- меняются положения членов домохозяйства
- я подаю заявление на пенсию или похожие пособия

Также меня достаточно информировали о том, что в случае определённого подозрения в обмане в служебном порядке в соответствии с §§ 20, 21, 69 и 71 SGB X (кодекс социального права) данные об обстоятельствах дела могут собираться - без моего участия.

Услуги будут потребованы обратно от меня в том случае, если я их получил(а) несправедливо, например, потому, что я заведомо или по грубой неосторожности дал(а) ложные сведения.

Ведомство, предоставляющее пособие по SGB XII (кодексу социального права) AsylbLG (закону о предоставлении социальной помощи лицам, претендующим на убежище) в тот период, в которой я получаю услуги от него, имеет право переносить на себе претензии на пособия, которые я могу заявить к другому ведомству, предоставляющему пособие.

Это действительно и в том случае, если требование ведомства, предоставляющего пособие о возмещении к другим преимущественным обязанным ведомствам, предоставляющим пособие (например больничная или пенсионная касса) из-за причин судопроизводства не может быть удовлетворено, и поэтому я в тот самый период получил(а) пособия от обоих ведомств. В этих случаях я буду обязан возместить пособия, данные по SGB XII / AsylbLG (кодексу социального права / закону о предоставлении социальной помощи лицам, претендующим на убежище).

Меня поставили в известность о том, что взносы на мое добровольное страхование на случай болезни или на случай потребности в уходе переводятся прямо в больничную кассу или в кассу по уходу.

подпись заявителя, дата

по возможности подпись в совместном проживании супруга/и

Если заявитель не сам(а) или не полностью заполнил(а) заявку

фамилия, имя, адрес, по возможности учреждение и подпись принимающего, дата

## 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)



**памятка заявления о предоставлении о социальной помощи по  
SGB XII (кодексу социального права) или о пособиях по AsylLG  
(закону о предоставлении социальной помощи лицам,  
претендующим на убежище)**

В соответствии с § 60 SGB I (кодекс социального права) заявитель должен/должна содействовать разъяснению обстоятельств дела и установлению предпосылок для социальных выплат. Отсутствие ответов может привести к тому, что заявленные пособия не предоставят. Пределы содействия установлены § 65 SGB I (кодекс социального права).

Далее вам назовут юридические основания, в силу которых собрали необходимую информацию:

**\* Следующие абзацы мы не переводили. Если вы хотите получить информацию о юридических основаниях, пожалуйста, обратитесь за помощью к человеку, который достаточно знает немецкий язык.**