

Додаток

для дитини віком до 15 років у родині



Поставте хрестики там, де потрібно.



Додаткову інформацію до відповідних номерів пунктів див. у інструкції по заповненню.



Вказівка: будь ласка, прийміть до уваги, що обробка формулярів можлива **лише**, якщо вони заповнені **латинськими літерами**. Наша комп'ютерна система не може обробляти формуляри з кирилицею.



Ніколи не надсилайте оригінали документів, надсилайте лише копії!

Ніколи не надсилайте оригінали документів, надсилайте лише копії!

Щодо інформації нижче діє соціальна таємниця (див. «Пам'ятку SGB II»). Ваші дані будуть зібрані на підставі §§ 60 - 65 Першої книги Цивільного кодексу (SGB I) і §§ 67a, b, c та Десятої книги Цивільного кодексу (SGB X) для виплати фінансової допомоги відповідно до SGB II. Інформацію про захист ваших персональних даних ви можете отримати у вашому Jobcenter, а також в інтернеті на сайті www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

1. Персональні дані того, хто подає прохання

Звертання (пані, пан) - Anrede	Ім'я - Vorname
Прізвище - Familienname	Дата народження - Geb.-Datum
Номер родини (якщо є) - BG-Nummer	Реєстраційний № особи (якщо є) Kd.-No.

2. Дані цього додатку стосуються зазначеної нижче дитини віком до 15 років, яка є членом родини 4

Ім'я - Vorname	Прізвище - Familienname
Прізвище при народженні (якщо відрізняється) Geburtsname	Стать - Geschlecht
Місце народження - Geburtsort	Дата народження - Geburtsdatum
Країна народження - Geburtsland	Громадянство - Staatsangehörigkeit
№ пенсійного страхування - RV-Nr. 1	<input type="checkbox"/> № пенсійного страхування ще не має, запит його зроблений - RV-Nr. nicht vorhanden und beantragt

3. Персональні дані

Я **родич** дитини - Ich bin mit dem Kind verwandt

Моя громадянська дружина / мій громадянський чоловік є **родичом** дитини.
Ступінь спорідненості - Verwandtschaftsverhältnis:

Моя дитина регулярно живе по черзі зі мною і з батьком/матір'ю 29
Mein Kind lebt wechselseitig in meinem und im Haushalt des anderen Elternteils

Для дитини вже подали прохання про отримання грошей за цей місяць в іншому Jobcenter чи вже отримали гроші - für den Monat der Antragstellung wurden bereits Leistungen von einem anderen Jobcenter bezogen так ні
Назва іншого Jobcenter - Name des Jobcenter:

► Якщо так, то прикладіть відповідне підтвердження.

Дитина **має права** відповідно до **Закону про політичних біженців** - Das Kind ist 8 так ні
berechtigt nach dem AsylbLG

► Додайте, будь ласка, відповідні документи (наприклад, дозвіл на проживання, Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)).

KI

Bearbeitungsvermerke
(Заповнює jobcenter)

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Kundennummer des Kindes

Das Kind hat sich ausgewiesen durch:

Geburtsurkunde

Kinderreisepass

sonstiges Ausweispapier
(z.B. Kinderausweis,
elektronischer Aufenthaltstitel)

Gültig bis:

AZR Nummer des Kindes

Дитина є школяркою/школярем - Das Kind ist Schüler/-in так ні

Дитина записана в школу чи буде записана з - das Kind wurde/wird eingeschult am: _____

▶ Якщо так, то прикладіть довідку про термін запису у школу.

Вже подано прохання в іншу установу про фінансову допомогу дитині для навчання у цьому навчальному році або ця допомога вже виплачена - es wurden für das Kind bereits Leistungen für Schulbedarfe anderweitig beantragt oder geleistet так ні

▶ Якщо так, то прикладіть відповідне підтвердження.

Дитина зараз знаходиться чи скоро буде у **стаціонарному закладі** (наприклад, у лікарні) - das Kind ist in einer stationären Einrichtung так ні

Тривалість знаходження з - до / von-bis	Вид стаціонарного закладу - Art der Einrichtung 11
---	--

▶ Якщо так, то прикладіть дійсне підтвердження установи з зазначенням строку знаходження.

4. Вимоги до третьої сторони - Ansprüche ggü. Dritten

Батько/мати цієї дитини живе окремо від моєї родини - Ein Elternteil des Kindes lebt außerhalb der BG
▶ Заповніть, будь ласка, додаток UH3

Здоров'ю дитини заподіяна шкода третьою стороною (наприклад, ДТП, спортивна травма, помилка лікаря чи повсякденний конфлікт) - das Kind hat einen gesundheitlichen Schaden / Unfall erlitten
▶ Заповніть, будь ласка, додаток UF

Іноземній станіві (іноземному представництву) була передана заява про обов'язок у відношенні дитини - Für das Kind wurde eine Verpflichtungserklärung abgegeben 24
▶ Прикладіть, будь ласка, заяву про обов'язок або інші суттєві для справи документи.

5. Перевірка додаткової потреби - Prüfung eines Mehrbedarfs

▶ Ці дані є добровільними й необхідні лише, якщо ви хочете просити матеріальну допомогу на додаткові потреби

Дитина з медичних причин потребує харчування з додатковими витратами - das Kind benötigt kostenaufwändige Ernährung 14
▶ Заповніть, будь ласка, додаток MEB.

Дитина вагітна - Das Kind ist schwanger 12
▶ Прикладіть, будь ласка, довідку з зазначенням очікуваного терміну пологів.
▶ Заповніть, будь ласка, додаток UH2.

Дитина має спеціальну потребу, яку неможливо підтвердити внаслідок незвичайної обставини життя - Das Kind hat einen unabwiesbaren, besonderen Bedarf 17
▶ Заповніть, будь ласка, додаток BB.

Дитина – школярка/школяр і має витрати на підручник/зошити - das Kind hat Kosten für Schulbücher 17a
▶ Прикладіть, будь ласка, відповідні підтвердження.

6. Медичне страхування і страхування на випадок потреби у догляді - KV/PV 25 26

▶ Заповніть, будь ласка, додаток SV, якщо дитина має приватне або добровільне державне медичне страхування і страхування на випадок потреби у догляді.

▶ Заповніть розділ нижче лише, якщо дитина вже досягла віку 14 років і є відповідний документ, що підтверджує медичне страхування й страхування на випадок потреби у догляді. Альтернативно ви можете пред'явити електронну карту медичного страхування дитини, карта не буде прикладена до справи.

Дитина є або була останній раз застрахована в державній касі **медичного страхування і страхування на випадок потреби у догляді** - das Kind ist oder war zuletzt in der gesetzlichen KV/PV

у складі родини - familienversichert

у рамках обов'язкового страхування (наприклад, у разі пенсії у зв'язку з втратою годувальника) pflichtversichert

Дитина буде у майбутньому обов'язково застрахована - Das Kind ist in Zukunft pflichtversichert bei

у теперішній касі медичного страхування - der bisherigen KV

в іншій касі медичного страхування - einer anderen KV

Назва каси медичного страхування - Name KV	№ медичного страхування (якщо є) KV-No.
--	---

Я підтверджую правильність даних вище.

Місто/дата	Підпис того, хто подає прохання
------------	---------------------------------

Нотатки щодо обробки
(Заповнює jobcenter)

Anlage UH3

Anlage UF

Anlage MEB

Anlage UH2

Anlage BB

Anlage SV

In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein des Kunden/ des Kunden Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden