



**Kurz-Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem
Sozialgesetzbuch Teil II / Teil XII und Asylbewerberleistungsgesetz
– Grundsicherung für ukrainische Flüchtlinge –**

Bitte nur in lateinischer Schrift ausfüllen!

**Коротка заява про надання допомоги відповідно до частини II / частини XII Кодексу
соціального страхування та Закону про пільги шукачам притулку
– Базове (матеріальне) забезпечення для українських біженців –**

Будь ласка, заповнюйте лише латинськими літерами!

| | | |
|---|---|-------------------|
| Antragsteller/in: Заявник/Заявниця: | | |
| Name, Vorname / Прізвище, ім'я | E-Mail-Adresse / Адреса електронної пошти | |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) Адреса (вулиця, номер будинку, поштовий і ндекс, місто) | Telefon / Телефон | Mobil / Мобільний |

| | | |
|---|--|--|
| Persönliche Verhältnisse Особисті стосунки | | |
| Geschlecht / Стать | <input type="checkbox"/> männlich / чоловік <input type="checkbox"/> weiblich / жінка | |
| Geburtsdatum / Дата народження | | |
| Familienstand Сімейний стан | <input type="checkbox"/> ledig / самотній/я <input type="checkbox"/> verheiratet seit: / eheähnliche Lebensgemeinschaft seit: / одружений/а з якого часу: / спільне проживання з якого часу: Ehepartner/in in der Ukraine / чоловік та дружина в Україні <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: / проживають окремо з якого часу: <input type="checkbox"/> geschieden seit: / розлучений/а з якого часу: <input type="checkbox"/> verwitwet seit: / овдовів/ла з якого часу: | |
| Staatsangehörigkeit (bei ausländischen Staatsangehörigen Aufenthaltsrechtlichen Status nachweisen) Громадянство (для іноземних громадян підтвердження статусу перебування) | <input type="checkbox"/> ukrainisch / українське <input type="checkbox"/> russisch / російське <input type="checkbox"/> | |
| Aufenthaltslaubnis/ Fiktionsbescheinigung Вид на проживання/ Тимчасовий сертифікат на законне перебування в країні | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так | |
| Einreisedatum / Дата в'їзду | | |
| Sind Sie erwerbsfähig? (betrifft nur gesundheitliche Einschränkungen – falls eingeschränkt, Nachweise und Begründung beifügen) Ви працездатні? (стосується лише обмежень щодо здоров'я – якщо є обмеження, додайте довідки та обґрунтування) | <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten) / Ні (не могу працювати) <input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) / ТАК (могу працювати повноцінно) | |
| Gibt es bei Ihnen gesundheitliche Einschränkungen? Чи є у Вас якісь обмеження щодо здоров'я? | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja, folgende Einschränkungen (Angabe ist freiwillig) / так, наступні обмеження (відомості є добровільними) | |

| | |
|--|--|
| Besteht durch Ihre Erkrankung ein besonderer Bedarf an Ernährung? Чи є особлива потреба в харчуванні через Вашу хворобу? | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так |
| Auszubildender (auch Schulausbildung) Учень проф.навчання (також шкільна освіта) | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als / так, у навчанні як |
| Sind Sie alleinerziehend? Ви мати -одиначка чи батько-одинак? | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так |
| Sind Sie schwanger? (sofern möglich bitte Mutterpass beifügen) Ви вагітні? (якщо можливо, додайте, будь ласка обмінну карту вагітної) | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja, voraussichtlicher Entbindungstermin: / так, орієнтовна дата пологів: |

| Weitere Familienmitglieder, die sich zusammen mit Ihnen in Deutschland aufhalten Інші члени сім'ї, які проживають разом з Вами в Німеччині | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| Ehepartner/in Чоловік/Дружина | Name, Vorname / Прізвище, Ім'я | Geburtsdatum / Дата народження |
| Leibliches Kind Рідна дитина | Name, Vorname / Прізвище, Ім'я | Geburtsdatum / Дата народження |
| Leibliches Kind Рідна дитина | Name, Vorname / Прізвище, Ім'я | Geburtsdatum / Дата народження |
| Leibliches Kind Рідна дитина | Name, Vorname / Прізвище, Ім'я | Geburtsdatum / Дата народження |
| (bei mehr als 4 weiteren Personen Zusatzblatt „Angaben zu weiteren Personen im Haushalt“ verwenden) (якщо інших осіб більше 4, використовуйте додатковий аркуш „Інформація про інших осіб у домогосподарстві“) | | |

| Bankverbindung Банківські реквізити | | | |
|---|------------------------------------|--|---------------------------------|
| Bankverbindung vorhanden: Доступні банківські реквізити: | <input type="checkbox"/> ja / так: | Geldinstitut / Фінансова установа | IBAN |
| | | Kontoinhaber/in Власник/ця рахунку | Name, Vorname Прізвище, Ім'я |
| | <input type="checkbox"/> nein / ні | Bitte reichen Sie schnellstmöglich eine Bankverbindung nach Будь ласка, надайте банківські реквізити якомога швидше | |

| Einkommensverhältnisse aller Familienmitglieder, die sich zusammen mit Ihnen in Deutschland aufhalten Рівень доходу всіх членів сім'ї, які проживають разом з Вами у Німеччині | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Einkunftsart Вид доходу | Antragsteller/in: Заявник/ця: | Ehepartner/in - Lebensgefährtin/in: Чоловік/Дружина – Супутник/Супутниця: | weitere/r Angehörige/r: Інші родичі: | weitere/r Angehörige/r: Інші родичі: |
| Erwerbseinkünfte (Bitte Arbeitsvertrag und Lohnabrechnung einreichen!) Дохід від трудової діяльності (Будь ласка, надайте свій трудовий договір та розрахунок заробітної плати!) | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так |
| Haben Sie andere Einkünfte auf die Sie aktuell zugreifen können: (z. B. Rente) Чи є у Вас інші доходи, до яких Ви можете зараз отримати доступ: (наприклад пенсія) | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так |
| | Einkunftsart / Вид доходу | Einkunftsart / Вид доходу | Einkunftsart / Вид доходу | Einkunftsart / Вид доходу |

| Vermögen aller Familienmitglieder, die sich zusammen mit Ihnen in Deutschland aufhalten Майно чи активи всіх членів сім'ї, які проживають разом з Вами у Німеччині | |
|---|---|
| Haben Sie aktuell ein Vermögen über 60.000,00 €, auf das Sie zugreifen können? Чи є у Вас зараз майно чи активи понад 60000 €, до яких Ви можете отримати доступ? | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так Betrag / сума |

| Angaben bei Mietverhältnissen Інформація у разі оренди житла | | |
|--|---|---|
| Art der Unterbringung Тип розміщення | <input type="checkbox"/> Turnhalle / Спортзал <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsunterkunft / Спільне проживання <input type="checkbox"/> Hotel/Pension / Готель / Гостьовий будинок | |
| | <input type="checkbox"/> Privatunterbringung bei Приватне розміщення у | Name, Vorname / Прізвище, Ім'я Anschrift / Адреса Verwandtschaftsverhältnis / Родинні відносини |
| | <input type="checkbox"/> Anmietung Wohnung Оренда квартири | Wie viele Personen leben insgesamt in der Wohnung? / Скільки всього людей проживає в квартирі? |
| Art des Mietverhältnisses (nur ausfüllen bei Privatunterkunft und eigener Anmietung von Wohnungen) Тип оренди житла (Заповнюється лише у разі приватного житла та власної оренди квартир) | <input type="checkbox"/> Hauptmieter / Основний орендар <input type="checkbox"/> Untermieter / Суборендар <input type="checkbox"/> Mitbewohner / Сусід/ка по кімнаті | |
| Vermieter Орендодавець | Name, Vorname / Прізвище, Ім'я Anschrift / Адреса | Geldinstitut / Фінансова установа IBAN |
| Sind Sie mit dem Vermieter verwandt? Ви маєте родинні стосунки з орендодавцем? | <input type="checkbox"/> nein / ні <input type="checkbox"/> ja / так | |
| Höhe der Miete (sobald möglich Nachweise beifügen/nachreichen) Розмір орендної плати (якомога швидше додайте/подайте підтверджуючі документи) | Grundmiete / Базова орендна плата € Umlagen / Плата за комунальні послуги € Heizung / Опалення € | |

| Krankenversicherung Медичне страхування | | |
|--|------------------------------------|--|
| Sind Sie oder ein Angehöriger bereits in Deutschland krankenversichert? У Вас чи Ваших родичів вже є медична страховка у Німеччині? | <input type="checkbox"/> nein / ні | Bitte melden Sie sich bei einer Krankenkasse Ihrer Wahl und reichen Sie uns innerhalb von zwei Wochen eine Mitgliedsbescheinigung ein. Wenn Sie uns nicht innerhalb von zwei Wochen eine Krankenkasse Ihrer Wahl benennen, melden wir Sie bei einer Krankenkasse an. (Gilt nur für Personen unter 65 Jahren) Будь ласка, зареєструйтеся в медичній страховій компанії на Ваш власний вибір і протягом двох тижнів подайте нам свідоцтво про членство. Якщо протягом двох тижнів Ви не повідомите нам про компанію медичного страхування на Ваш вибір, ми зареєструємо Вас у медичній страховій компанії. (Стосується лише осіб віком до 65 років) |
| | <input type="checkbox"/> ja / так | <input type="checkbox"/> Ich verzichte auf mein Krankenkassenwahlrecht und bitte das KCA-Jobcenter/Amt für soziale Förderung und Teilhabe eine Ersatzwahl für mich vorzunehmen und mich bei einer Krankenkasse anzumelden. / Я відмовляюся від свого права вибирати медичну у страхову компанію та прошу Муніципальний Центр зайнятості/Управління соціальної підтримки та участі зробити для мене альтернативний вибір та зареєструвати мене у медичній страховій компанії. |
| | | Name der Krankenkasse / Назва медичної страхової компанії Mitgliedsnummer / Членський номер |
| | | <input type="checkbox"/> pflichtversichert / обов'язкове страхування <input type="checkbox"/> familienversichert / сімейне страхування <input type="checkbox"/> freiwillig versichert / добровільне страхування <input type="checkbox"/> privat versichert / приватне страхування |

Hinweise zur Antragsbearbeitung und Erklärungen des/der Leistungsberechtigten und/oder des/der gesetzlichen Vertreter/s/in des/der Leistungsberechtigten

Ich/Wir versichere/n, dass die umseitigen Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel – unverzüglich und unaufgefordert dem Kommunalen Center für Arbeit - Jobcenter – bzw. Amt für soziale Förderung und Teilhabe mitzuteilen.

Mir/Uns ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges erfolgt. Auch der Versuch ist strafbar und wird verfolgt.

Sofern die Gewährung der beantragten Leistungen von dem Vorliegen gesundheitlicher Einschränkungen abhängt bzw. gesundheitliche Einschränkungen geltend gemacht werden, ist ggf. eine Vorstellung zu einer ärztlichen oder psychologischen Untersuchung erforderlich. Ich/wir nehme/n zur Kenntnis, dass ich/wir im Rahmen meiner/unserer Mitwirkungs- bzw. Meldepflichten verpflichtet bin/sind, Einladungen zu Untersuchungsterminen Folge zu leisten und der Einholung von Auskünften von den Ärzten, die mich/uns behandelt haben, zuzustimmen (*Hinweis: Wenn dies erforderlich sein sollte, wird Ihnen eine entsprechende Einverständniserklärung zur Unterschrift vorgelegt*).

Komme/n ich/wir meiner/unserer Mitwirkungspflicht nicht nach und wird hierdurch die Sachverhaltsaufklärung erschwert, kann dies zur Versagung oder Entziehung der Leistungen führen (§ 66 SGB I).

Ich/Wir nehme/n zur Kenntnis, dass meine/unsere personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden. Ich/Wir bin/sind mit der Weitergabe persönlicher Daten für die Vermittlung in Arbeit, Ausbildung und Qualifizierung einverstanden. Ich/Wir bin/sind mit der Weitergabe persönlicher Daten zur Prüfung ggf. alternativ bestehender Sozialleistungsansprüche (z.B. *Wohngeld, Kinderzuschlag*) einverstanden. Sofern sich im Rahmen der Prüfung des Antrages die Zuständigkeit eines anderen Sozialleistungsträgers (*Sozialhilfe, Grundsicherung oder Asylbewerberleistungsgesetz*) ergeben sollte, bitte/n ich/wir um Weiterleitung des Antrages an die zuständige Stelle.

Der/die Antragsteller/in wird/werden bis auf Widerruf für alle Personen der Bedarfsgemeinschaft als Bevollmächtigte/r für sämtliche anlässlich der Leistungsgewährung anfallenden Verfahrenshandlungen, einschließlich der Zustellung der Bescheide, benannt (*dies umfasst neben der Bewilligung auch ggf. erforderliche Aufhebungs- und Rückforderungsbescheide*) und ist darüber hinaus berechtigt, die Sozialleistungen für alle weiteren Personen der Bedarfsgemeinschaft entgegenzunehmen (*sofern die Vollmacht nicht erteilt wird, ist ein gesonderter Antrag zu stellen*).

Інформація щодо обробки заяви та пояснення бенефіціара (ів) та/або законного представника (ів) бенефіціара(ів) Бенефіціар-особа , яка має право отримувати пільги

Я/Ми підтверджую/ємо, що інформація на наступній сторінці є повною та достовірною. Я/Ми зобов'язуюсь/ємося повідомляти про всі зміни, які мають відношення до схвалення пільги -зокрема, щодо сім'ї, доходів та фінансових обставин, а також зміни місця проживання-до муніципального центру праці чи центру зайнятості негайно та без запиту. Повідомити Управління соціальної підтримки та участі.

Я/Ми усвідомлюю/ємо, що відповідно § 263 Кримінального кодексу (КК), неправильна або неповна інформація також призведе до кримінального переслідування за шахрайство. Навіть замах карається і буде притягнутий до відповідальності.

Якщо надання запитуваних пільг залежить від наявності обмежень за станом здоров'я або заявлені обмеження за станом здоров'я, може знадобитися призначення медичного чи психологічного обстеження. Я/Ми визнаємо, що я/ми зобов'язані в рамках моїх/наших зобов'язань співпрацювати та повідомляти, приймати запрошення на прийоми для обстежень та отримувати інформацію від лікарів, які мене/нас лікували, погоджуюсь. (*Примітка: Якщо це буде необхідно, Вам буде подана відповідна заява про згоду, яку Ви повинні підписати*).

Якщо я/ми не дотримуємось/ємося свого/нашого зобов'язання співпрацювати , і це ускладнить з'ясування фактів, це може призвести до відмови або скасування пільг (§ 66 КК I).

Я/Ми визнаю/ємо, що мої/наші особисті дані будуть зберігатися в автоматизованій обробці даних для здійснення розрахунку послуг. Я/Ми погоджуюсь/ємося на передачу персональних даних для влаштування на роботу, навчання та підвищення кваліфікації. Я/Ми погоджуюсь/ємося на передачу персональних даних, щоб перевірити будь-які альтернативи вимоги щодо соціальної допомоги (*наприклад, житлова допомога, допомога на дитину*). Якщо під час розгляду заяви несе відповідальність інший постачальник соціальних послуг (*соціальна допомога, базове забезпечення або пільги для шукачів притулку*), я/ми прошу/ просимо переслати заяву до відповідальної установи.

Доки заявник не буде відкликаний, заявник називатиметься уповноваженим представником для всіх осіб, які проживають спільно, для всіх процесуальних дій, пов'язаних із наданням пільг, включаючи доставку повідомлень (*це включає не тільки схвалення, але й будь-яке необхідне скасування та повернення повідомлення*), а також має право на отримання соціальних виплат для всіх інших осіб у пільговій громаді (*якщо довіреність не надано, необхідно подати окрему заяву*).

- Zusatzblatt „Angaben zu weiteren Personen im Haushalt“ /
Додатковий аркуш „Інформація про інших осіб у домогосподарстві“

Unterschrift/en: / Підпис/и:

| | |
|--|---|
| _____ (Ort, Datum) / (Місце, Дата) | _____ (Ort, Datum) / (Місце, Дата) |
| _____ (Unterschrift Antragsteller/in) (Підпис заявника/ці) | _____ (Unterschrift/en weitere Antragssteller/in) Volljährige/r Angehörige/r der Bedarfsgemeinschaft (Підпис/и іншого/их заявника/ів) Повнолітні члени сім'ї , які проживають спільно |