

Anlage Ki - für ein Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

Приложение ре - - для ребенка в возрасте до 15 лет в сообществе нуждающихся

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

(1. Персональные данные подателя заявления)

Anrede (обращение)

Vorname (Имя)

Familienname (Фамилия)

Geburtsdatum (Дата рождения)

2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf das folgende Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

(2. Информация, содержащаяся в данном Приложении, относится к следующему ребенку в возрасте до

15 лет, находящемуся в нуждающемся сообществе)

Vorname (Имя)

Familienname (Фамилия)

Geburtsname (Девичья фамилия)

Geschlecht (Пол)

Geburtsort (Место рождения)

Geburtsdatum (Дата рождения)

Geburtsland (Страна рождения)

Staatsangehörigkeit (Национальность)

Rentenversicherungsnummer (Номер пенсионного страхования)

Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt. (Номер пенсионного страхования еще не существует и на него подано заявление.)

3. Persönliche Angaben (Личная информация)

Ich bin mit dem Kind verwandt. (Я в родственных отношениях с ребенком.)

Meine Partnerin/mein Partner ist mit dem Kind verwandt. (Мой партнер в родственных отношениях с ребенком.)

Verwandtschaftsverhältnis (Семейное отношения)

Bitte alle Angaben in lateinischer Schrift ausfüllen (Пожалуйста, заполните всю информацию латинским шрифтом)

Anlage Ki - für ein Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

Приложение ре - - для ребенка в возрасте до 15 лет в сообществе нуждающихся

Für das Kind wurden für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt

oder von diesem bezogen. (Для ребенка уже были подано заявления или получены пособия из другого центра по трудоустройству за месяц подачи заявления.)

Ja (Да) Nein (Нет)

Name des anderen Jobcenters (Название другого центра по трудоустройству): _____

Das Kind ist Berechtigte/Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. (Ребенок имеет право на получение пособий в соответствии с Законом о пособиях для Лиц, ищущих убежища.)

Ja (Да) Nein (Нет)

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsgestattung, Duldung, Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)) vor.

► Если да, тогда представьте соответствующие доказательства (например, разрешение на проживания, оформление на жительство, допущение, решение Федерального ведомства по миграции и беженцам (БAMФ).)

Das Kind ist Schülerin/Schüler (Ребенок является учеником)

Ja (Да) Nein (Нет)

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (Schulbescheinigung) vor. (Если да, то просьба представить соответствующие доказательства (школьный аттестат).)

Das Kind wurde eingeschult bzw. wird voraussichtlich eingeschult am (Ребенок был зачислен в школу или, будет зачислен в школу к числу):

Es wurden für das Kind bereits Leistungen für persönliche Schulbedarfe des aktuellen Schuljahres bei einer anderen Stelle beantragt oder von dieser geleistet.

(Пособия на личные школьные нужды текущего учебного года уже были запрошены или предоставлены другим офисом для ребенка.)

Ja (Да) Nein (Нет)

Bitte alle Angaben in lateinischer Schrift ausfüllen (Пожалуйста, заполните всю информацию латинским шрифтом)

Anlage Ki - für ein Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

Приложение ре - - для ребенка в возрасте до 15 лет в сообществе нуждающихся

► Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise vor (Если да, то просьба представить обновленные доказательства)

Das Kind befindet sich derzeit oder demnächst in einer stationären Einrichtung (zum Beispiel Krankenhaus).
(Ребенок в настоящее время или скоро будет находиться в стационаре (например, больнице).)

Ja (Да) Nein (Нет)

► Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und die Dauer vor.

(Если да, то просьба представить действительное свидетельство о пребывании и продолжительности пребывания.)

5. Prüfung eines Mehrbedarfs (проверка дополнительных требований)

► Die Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten. (Информация является добровольной и требуется только в том случае, если вы хотите подать заявку на дополнительное требование)

Das Kind ist schwanger. (Ребенок беременн.)

► Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.

(Пожалуйста, предоставьте доказательства с указанием предполагаемой даты рождения.)

Das Kind benötigt aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung. (Ребенку необходима дорогостоящая диета по медицинским показаниям.)

Das Kind hat einen unabweisbaren besonderen Bedarf, den ich nicht durch Einsparungen oder auf andere Weise abdecken kann (У ребенка есть неоспоримая особая потребность, которую я не смогу самостоятельно оплатить собственными сбережениями или иным образом.)

Das Kind ist Schülerin/Schüler und hat Kosten für Schulbücher/Arbeitshefte. (Ребенок является учеником и имеет расходы на учебники/рабочие тетради.)

Bitte alle Angaben in lateinischer Schrift ausfüllen (Пожалуйста, заполните всю информацию латинским шрифтом)

Anlage Ki - für ein Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft

Приложение ре - - для ребенка в возрасте до 15 лет в сообществе нуждающихся

8. Kranken- und Pflegeversicherung (Страхование здоровья и долгосрочного ухода)

8.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (Обязательное страхование в медицинской страховой компании и страховании долгосрочного ухода)

Ich bin oder war zuletzt in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflicht- oder familienversichert.

(Я являюсь или был застрахован в страховой компании и долгосрочного ухода или застрахован в семейной страховке.)

Name der Krankenkasse (Название медицинской страховой компании) _____

Krankenversichertennummer (Номер медицинского страхования) _____

Mit Beginn des Anspruchs auf Arbeitslosengeld II möchte ich versichert werden bei (С началом действия права на пособие по безработице II я хотел бы застраховаться):

der bisherigen Krankenkasse (предыдущей медицинской страховки)

einer anderen Krankenkasse (другая медицинская страховая компания)

Name der Krankenkasse (Название медицинской страховой компании) _____

Krankenversichertennummer (Номер медицинского страхования) _____

ich war bisher nicht versichert und möchte bei der Krankenkasse versichert werden (Ранее я не был застрахован и хотел бы застраховаться в медицинской страховой компании):

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind (Я подтверждаю правильность данной информации).

Ort/Datum (Место/Дата)

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (подпись подателя заявления)

Bitte alle Angaben in lateinischer Schrift ausfüllen (Пожалуйста, заполните всю информацию латинским шрифтом)