

Vereinfachter Antrag auf Sozialleistungen für ukrainische Geflüchtete
Спрощена заява на отримання соціальної допомоги для українських біженців

Hiermit beantrage ich Leistungen nach:

Я подаю заяву на отримання соціальної допомоги відповідно до:

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) = закону про надання соціальної допомоги особам, які претендують на отримання притулку

Sozialhilfe = Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)

Соціальна допомога = Допомога з прожитковим або основним забезпеченням відповідно до Соціального кодексу, том XII (SGB XII)

Erstantrag / Початкова заявка

Antragseingang:

Folgeantrag / Подальша заявка

Отримання заявки:

Bitte fordern Sie alle Unterlagen, die Sie zur Bearbeitung dieses Antrags benötigen, direkt beim Amt für Migration und Integration an.

Будь ласка, запитуйте всі документи, необхідні для обробки цієї заяви, безпосередньо в Управлінні з питань міграції та інтеграції.

Persönliche Daten:

Персональні дані:

	1 Antragsteller Заявник	2 Ehegatte oder Lebensgefährte Подружжя або цивільний партнер
Name, ggf. Geburtsname Прізвище, ім'я при народженні (якщо є)		
Vorname Ім'я		
Geburtstag und –ort Дата і місце народження		
PLZ, Ort Поштовий індекс, місто		
Straße, Hausnummer Вулиця, номер будинку		
Telefonnummer Номер телефону		

Bankverbindung Банківські реквізити		
Krankenversicherung Медичне страхування	<input type="checkbox"/> Nein / Ні <input type="checkbox"/> Ja, bei / Так, з	<input type="checkbox"/> Nein / Ні Ja, bei / Так, з
Beim Antrag auf Sozialhilfe: Vorversicherungszeiten При подачі заявки на отримання соціальної допомоги: час попередньої страховки	Waren Sie schon einmal in Deutschland gesetzlich krankenversichert? Чи мали ви коли-небудь обов'язкове медичне страхування в Німеччині? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ні Так	Waren Sie schon einmal in Deutschland gesetzlich krankenversichert? Чи мали ви коли-небудь обов'язкове медичне страхування в Німеччині? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ні Так
Schwerbehinderung Інвалідність тяжкого ступеня	<input type="checkbox"/> Nein / Ні <input type="checkbox"/> Ja / Так Merzeichen: _____ Інші позначки:	<input type="checkbox"/> Nein / Ні <input type="checkbox"/> Ja / Так Merkzeichen: _____ Інші позначки:
Pflegebedürftig потребує догляду	<input type="checkbox"/> Nein / Ні <input type="checkbox"/> Ja / Так Pflegegrad: _____ рівень догляду	<input type="checkbox"/> Nein / Ні <input type="checkbox"/> Ja / Так Pflegegrad: _____ рівень догляду
Liegt eine Rentenversicherungsnummer vor? Чи є у Вас номер пенсійного страхування?	<input type="checkbox"/> Nein / Ні <input type="checkbox"/> Ja, diese lautet wie folgt: Так, вона є такою: _____	<input type="checkbox"/> Nein / Ні <input type="checkbox"/> Ja, diese lautet wie folgt: Так, вона є такою: _____
Familienstand Сімейний стан	<input type="checkbox"/> ledig незаміжня (нежонатий) <input type="checkbox"/> verheiratet заміжня (жонатий) <input type="checkbox"/> verwitwet вдова (вдовець) <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: живу окремо з: <input type="checkbox"/> geschieden seit: розлучений (розлучена) з: <input type="checkbox"/> ich bin alleinerziehend/ Я виховую дитину один (одна) <input type="checkbox"/> ich bin schwanger/Я вагітна: <input type="checkbox"/> voraussichtlicher Entbindungstermin: орієнтовна дата пологів: Datum/ Дата: _____	<input type="checkbox"/> ledig незаміжня (нежонатий) <input type="checkbox"/> verheiratet заміжня (жонатий) <input type="checkbox"/> verwitwet вдова (вдовець) <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: живу окремо з: <input type="checkbox"/> geschieden seit: розлучений (розлучена) з: <input type="checkbox"/> ich bin alleinerziehend/ Я виховую дитину один (одна) <input type="checkbox"/> ich bin schwanger/Я вагітна: <input type="checkbox"/> voraussichtlicher Entbindungstermin: орієнтовна дата пологів: Datum/ Дата: _____
Staatsangehörigkeit Громадянство		

Ich benötige aus medizinischen Gründen eine kostenaufwendige Ernährung: Мені потрібна дорога дієта за медичними показаннями	<input type="checkbox"/> Ja / Так <input type="checkbox"/> Nein / Hi	<input type="checkbox"/> Ja / Так <input type="checkbox"/> Nein / Hi
--	---	---

Kinder und weitere Personen, die im Haushalt leben
Діти та інші особи, які проживають у домогосподарстві

	3	4	5	6
Name Прізвище				
Vorname Ім'я				
Geburtsdatum дата народження				
Familienstand Сімейний стан				
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller Відношення до заявника				

Einkommen in Euro pro Monat

Дохід в євро на місяць

Art Тип	Antragsteller Заявник	Ehegatte Подруж- жя	Kind Дитина	Kind Дитина	Kind Дитина	Kind Дитина
<input type="checkbox"/> Ich / Wir verfüge(n) über keinerlei Einkommen Я / ми не маємо жодного доходу						

Vermögen in Euro

Активи в євро

Art Тип	Antragsteller Заявник	Ehegatte Подружж я	Kind Дитина	Kind Дитина	Kind Дитина	Kind Дитина
Girokonto (Betrag) Поточний рахунок (сума)						
Sparkonto (Betrag) Ощадний рахунок (сума)						
Bargeld (Betrag) Готівка (сума)						
Kfz (Wert) Автомобіль (цінність)						
Sonstiges Інше						
<input type="checkbox"/> Ich / Wir verfüge(n) über keinerlei Vermögen Я / ми не маємо жодного доходу						

Waren Sie schon einmal in Deutschland?

Ви коли-небудь були в Німеччині?

- Ja / Так Nein / Ні

Wenn ja: Von / Якщо так: від _____ / bis / до / _____

Letzter Wohnort: / Останнє місце проживання: _____

Erklärung:

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss. Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfgewährung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens- und Familienverhältnisse z.B. Arbeitsaufnahme, Leistungen der Agentur für Arbeit usw. sowie Aufenthaltsverhältnisse sofort unaufgefordert mitzuteilen (Wohnortwechsel, Krankenhausaufenthalte und Kuren müssen sofort mitgeteilt werden, sonstige Abwesenheiten nur, wenn sie länger als drei Wochen dauern, z.B. Verwandtenbesuche).

Die Angaben werden aufgrund der §§ 60 – 65 Sozialgesetzbuch I (SGB I) erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Mir ist bekannt, dass mir die beantragten Leistungen ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise versagt werden können, wenn ich meinen Mitwirkungspflichten nicht nachkomme (§ 66 SGB I).

Ich bin darüber informiert, dass personenbezogene Daten im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet werden. Die Daten können in anonymisierter Form auch für statistische Zwecke verwendet werden. Ich bin auch darüber informiert, dass das Landratsamt Ravensburg am automatisierten Datenabgleich gem. § 118 Sozialgesetzbuch XII teilnimmt ⁽¹⁾.

Декларація:

Я гарантую, що інформація, надана в цій заяві, є правдивою і що жодна інформація не була прихована. Я усвідомлюю, що, надаючи неправдиву або неповну інформацію, я піддаю себе кримінальному переслідуванню та повинен повернути будь-які вигоди, отримані неправомірно.

Я зобов'язаний негайно, без запиту, повідомити про будь-яку зміну фактів, які є вирішальними для надання допомоги, зокрема про доходи та сімейні обставини, наприклад, прийняття на роботу, отримання пільг в агентстві з працевлаштування тощо, а також про обставини проживання (зміна місця проживання, перебування в лікарні та лікування повинні бути повідомлені негайно, про інші відсутності лише якщо вони тривають більше трьох тижнів, наприклад, відвідування родичів).

Інформація збирається на підставі § 60 – § 65 тому I Німецького кодексу соціального страхування (Sozialgesetzbuch, «SGB I»). Це потрібно для перевірки передумов для отримання пільг. Я усвідомлюю, що у пільгах, на які подано заявку, мені може бути відмовлено повністю або частково без додаткового розслідування, якщо я не виконаю свої зобов'язання щодо співпраці (§ 66 SGB I).

Мене повідомили, що персональні дані будуть зберігатися та оброблятися в межах, дозволених законом. Дані також можуть використовуватися в анонімізованій формі для статистичних цілей. Мене також повідомили, що районний офіс Равенсбурга бере участь в автоматизованому звірі даних відповідно до § 118 тома XII Німецького кодексу соціального страхування (1).

Ort, Datum

Місце, дата

Unterschrift Antragsteller/ges. Vertreters

Підпис заявника / законного представника

Unterschrift Ehegatte/LebensgefährteПідпис подружжя/цивільного
партнера

Die Teilnahme am automatisierten Datenabgleich gem. § 118 SGB XII bedeutet, dass das Sozialamt Informationen von anderen Stellen (z.B. Bundesanstalt für Arbeit, Rentenversicherungsträgern, Sozialämtern, Krankenkassen) erhält, falls Sie von dort ebenfalls Leistungen beziehen.

Участь в автоматизованому узгодженні даних відповідно до § 118 тому XII SGB означає, що Управління соціального забезпечення отримує інформацію від інших відомств (наприклад, Федерального управління зайнятості, постачальників пенсійного страхування, служб соціального забезпечення, компаній медичного страхування), якщо ви також отримуєте від них вигоду.

Angaben der Stadt/Gemeinde**Інформація від міста/муніципалітету**

Eingang bei der Gemeinde am: Вхід до муніципалітету: _____

Die Angaben im Melderegister stimmen mit den Angaben des Antragstellers überein.

Відомості реєстру населення узгоджуються з інформацією, наданою заявником.

Ort, Datum

місце, дата

i. A.

від імені

(1) Die Teilnahme am automatisierten Datenabgleich gem. § 118 SGB XII bedeutet, dass das Sozialamt Informationen von anderen Stellen (z. B. Bundesanstalt für Arbeit, Rentenversicherungsträgern, Sozialämtern, Krankenkassen) erhält, falls Sie von dort ebenfalls Leistungen beziehen.

(1) Участь в автоматизованій передачі даних згідно ст § 118 SGB XII означає, що служба соціального захисту отримує інформацію від інших органів

(наприклад, Федеральне управління праці, установи пенсійного страхування, служби соціального захисту, медичні страхові компанії), якщо ви також отримуєте від них пільги.

**Ergänzungsbogen zum Antrag auf Leistungen nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz**

**Додаткова форма заявки на пільги відповідно до Закону Німеччини про
пільги для шукачів притулку**

- Sind Sie nur aus einem der folgenden Gründe nach Deutschland eingereist:
- Ви подорожували до Німеччини лише з однієї з наступних причин:
 - Gesundheitsversorgung (Krankenhilfe) - Охорона здоров'я (підтримка охорони здоров'я)
 - Bezug von staatlichen Leistungen (Sozialhilfe) - Для отримання державної допомоги (соціального забезпечення)

ja так nein ні Grund: Причина: _____

- Über welche Länder sind Sie nach Deutschland eingereist? Wie war Ihr Reiseweg?
- Через які країни ви їздили до Німеччини? Яким був ваш маршрут подорожі?

- Ist Ihnen bereits in einem anderen Staat ein Aufenthaltstitel / eine Aufenthaltserlaubnis erteilt worden?

- Вам уже видано посвідку на проживання/дозвіл на проживання в іншій державі?

ja так nein ні

- Können Sie die Aufenthaltserlaubnis vorlegen?

- Ви можете пред'явити посвідку на проживання?

ja так nein ні

- Wurde für Sie eine Verpflichtungserklärung abgegeben?

- Чи була зроблена декларація про зобов'язання від Вашого імені?

ja так nein ні

- Haben Sie aus Ihrem Heimatland oder aus einem anderen Land ausländische Einkünfte (z.B. ausländische Rente)?

- Чи маєте Ви іноземні доходи зі своєї країни чи з іншої країни (наприклад, іноземна пенсія)?

ja так nein ні

- Haben Sie in Ihrem Heimatland oder in einem anderen Land gearbeitet und Beiträge in eine Rentenkasse eingezahlt?

- Ви працювали у своїй країні чи в іншій країні і сплачували внески до пенсійного фонду?

ja так nein ні

- Haben Sie Vermögen im Ausland (z.B. Bankkonto, Haus, Bargeld, KFZ, etc.)?

- Чи є у вас активи за кордоном (наприклад, банківський рахунок, будинок, готівка, автомобіль тощо)?

ja так nein ні Welcher Art? Який тип активів? _____

- Ist das Vermögen für Sie verfügbar? - Чи можете ви отримати доступ до активів?

ja так nein ні

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift
Ehegatte/Lebensgefährte

Місце, дата

Підпис заявника

Підпис подружжя/цивільного
партнера