

Додаток (Ausfüllhinweise zur Anlage WEP)

на одну додаткову особу віком від 15 років у спільноті потреб
– Для дітей віком до 15 років заповніть додаток KI –



Будь ласка,
поставте
відповідний
прапорець



Додаткову інформацію про
відповідний номер можна знайти
в інструкціях щодо його
заповнення

Просимо подавати не оригінали квитанцій, а копії.

Будь ласка, скористайтеся інструкціями щодо заповнення та покладіть їх як зразок біля документа німецькою мовою,
щоб правильно його заповнити. **Будь ласка, не вводьте тут нічого!**

Будь ласка, не забудьте вказати ім'я особи, з якою ви зупиняєтеся щоб переконатися, що з вами можна зв'язатися поштою.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers / Персональні дані заявника

Anrede привітання	Vorname Ім'я
Familienname прізвище	Geburtsdatum Дата народження
Nummer der Bedarfsgemeinschaft номер спільноти для пільг (falls vorhanden) /	Kundennummer номер клієнта (falls vorhanden)

2. Інформація в цьому додатку стосується наступної додаткової особи віком від 15 років у спільноті пільг

4

2.1 Persönliche Daten der weiteren Person / Персональні дані іншої особи

Anrede привітання	Vorname Ім'я
Familienname прізвище	Geburtsname (sofern abweichend) ім'я при народженні (якщо інше)
Geburtsort Місце народження	Geburtsdatum Дата народження
Geburtsland країна народження	Staatsangehörigkeit національність
Rentenversicherungsnummer 1 номер пенсійного страхування	<input type="checkbox"/> Номер пенсійного страхування ще не доступний і подано заявку.

2.2 Familienstand der weiteren Person / Сімейний стан іншої особи

одиночний одружений овдовіла зареєстроване товариство життя

остаточно розлучений, оскільки: _____

розлучений з: _____

визнано недійсним цивільне товариство з того часу: _____

2.3 Persönliche Angaben zur weiteren Person / Особиста інформація про іншу особу

Я споріднений з іншою людиною.

Мій партнер пов'язаний з іншою людиною.

сімейні стосунки

Додаткова особа вже подала заяву або отримала пільги в іншому центрі зайнятості за місяць, у якому була подана заява. Ja Nein

Name des anderen Jobcenters
Назва іншого центру зайнятості

► Якщо так, надайте відповідні докази.

Додаткова людина відчуває, що фізично здатна працювати щонайменше три години на день. 9 Ja Nein

Інша особа є уповноваженою особою відповідно до **Asylbewerberleistungsgesetz** до Закону про пільги для шукачів притулку 8 Ja Nein

► Будь ласка, надайте відповідні докази (наприклад, дозвіл на проживання, дозвіл на тимчасове проживання, терпимість, повідомлення від Федерального управління з міграції та біженців (BAMF)).

Додаткова особа – учень, студент або стажист. 10 Ja Nein

Dauer der Schulausbildung von – bis
Тривалість шкільної освіти з - до

► Якщо так, надайте поточні докази (наприклад, шкільний атестат).

Dauer des Studiums von – bis
Тривалість навчання з - до

► Якщо так, будь ласка, надайте поточне підтвердження (наприклад, свідоцтво про зарахування).

Dauer der Ausbildung von – bis
Тривалість навчання з - до

► Якщо так, надайте договір на навчання.

Під час навчання інша особа перебуває в інтернаті, інтернаті, спеціальному закладі для людей з обмеженими можливостями або з тренером з повним пансіоном або іншим чином з відшкодуванням витрат. розміщені для харчування та проживання. 10

► Якщо так, будь ласка, надайте поточні докази.

Додаткова особа зараз або незабаром перебуває в стаціонарному закладі (наприклад, лікарня, будинок престарілих, виправна установа). Ja Nein

Dauer der Unterbringung von – bis
Тривалість проживання з – до

Art der stationären Einrichtung 11
Тип стаціонарного закладу

► Якщо так, надайте дійсну довідку про перебування та тривалість.

3. Prüfung eines Mehrbedarfs / Розгляд додаткової вимоги

► Інформація є добровільною і потрібна лише в тому випадку, якщо ви хочете запитати додаткову інформацію.

Інша людина вагітна. 12

► Будь ласка, надайте підтвердження очікуваної дати доставки.

Іншій людині за медичними показаннями потрібен дорогий Харчування. 14

► Будь ласка, заповніть додаток MEB.

Додаткова особа має інвалідність і отримує 15

• Пільги за участь у трудовому житті відповідно до розділу 49 Книги дев'ятої Соціального кодексу (SGB IX) або

• іншу допомогу для отримання відповідної роботи або

• Допомога в інтеграції згідно з § 112 SGB IX.

► Будь ласка, надішліть відповідне повідомлення.

Додаткова особа не може працювати 9 та власник ідентифікаційної картки відповідно до § 152 п. 5 SGB IX з кодом G або aG. 16

► Будь ласка, надайте поточний доказ (наприклад, посвідчення особи з обмеженими можливостями).

Додаткова особа має неминучу особливу потребу, яку вона не може покрити за 17 рахунок заощаджень чи будь-яким іншим способом (наприклад, витрати на реалізацію права на доступ для розлучених батьків).

► Будь ласка, заповніть додаток BB.

Додаткова особа є студентом і має витрати 17a

Підручники/робочі зошити.

► Будь ласка, надайте відповідні докази.

4. Einkommen (18) und Vermögen (19) / Доходи та майно

- ▶ Щоб перевірити дохід іншої особи, заповніть додаток ЕК. Якщо ви є самозайнятим, заповніть також вкладення ЕКС.
- ▶ Щоб перевірити фінансовий стан усіх осіб у спільноті пільг, заповніть, будь ласка Завод VM вимкнено.
- ▶ При подачі заявки завжди необхідно подавати виписки з рахунку. 42
Тому, будь ласка, надайте банківські виписки за останні три місяці.

5. Lebenssituation der weiteren Person / життєва ситуація іншої людини

5.1 Vorrangige Leistungen (20) / Пріоритетні послуги

- ▶ Наведена нижче інформація служить для перевірки того, чи може існувати претензія до інших служб або до третіх сторін.
- ▶ Тут можливі кілька записів. Будь ласка, надайте відповідні докази.

In den letzten 5 Jahren (21) / За останні 5 років

war die **weitere Person beschäftigt**. / чи була зайнята ця особа.

von – bis від до	Arbeitgeber роботодавець	<input type="checkbox"/> підлягають соціальному страхуванню <input type="checkbox"/> міні робота
von - bis	Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> Minijob

war die **weitere Person selbständig** tätig. /Додаткова особа була самозайнятою особою.

von – bis від до	Art der Tätigkeit вид діяльності
---------------------	-------------------------------------

Додаткова особа проходила військову службу або добровільну службу (наприклад, FSJ, федеральна добровільна служба).

Додаткова особа доглядала за родичами (догляд згідно з одинадцятю кн Соціальний кодекс).

Додаткова особа отримувала виплати на заміну доходу (наприклад, допомога по хворобі, допомога по безробіттю, допомога по вагітності та пологах, батьківська допомога, перехідна допомога).

von – bis від до	Leistung вид пільг
---------------------	-----------------------

не робить нічого з перерахованого вище Вказує на іншу людину. Інша особа заробляла на життя наступним чином (наприклад, фінансова підтримка родичів/знайомих, заощадження, спадщина):

5.2 Ansprüche gegenüber Dritten (22) / Претензії до третіх осіб

Додаткова особа вже подала заявку на отримання інших пільг (наприклад, 23 пільги згідно з Федеральним законом про допомогу в освіті (BAföG), допомогу на професійне навчання (BAB), допомогу на житло, допомогу по безробіттю, лікарняні, пенсію, допомогу на дитину, допомогу на дитину) або має намір подати заявку.

Leistungsart тип пільг	Antragsdatum дата подачі заявки
Sozialleistungsträger/Familienkasse / Постачальник соціальних послуг/сімейний фонд	

▶ Будь ласка, надайте поточні докази, якщо рішення щодо заявки вже прийнято.

Додаткова особа висуває претензії до (колишнього) роботодавця щодо виплати заробітної плати (наприклад, у разі неплатоспроможності/неспроможності роботодавця) або за час після виходу з компанії (наприклад, у разі невиплаченої вихідної допомоги).

Arbeitgeber роботодавець	Anschrift адреса
-----------------------------	---------------------

Grund причина

▶ Будь ласка, надайте відповідні докази (наприклад, листування з вашим адвокатом або судом).

■ Додаткова особа проживає окремо від свого чоловіка або зареєстрованого партнера.

► Будь ласка, заповніть додаток UN1.

■ Додаткова особа розлучена або зареєстроване цивільне товариство анульовано.

► Будь ласка, заповніть додаток UN1.

■ Додаткова особа вагітна або доглядає за позашлюбною дитиною віком до 3 років.

► Будь ласка, заповніть додаток UN2.

■ Додаткова особа є

- до 18 років або
- У віці від 18 до 24 років, які навчаються в школі чи професійно-технічній підготовці або плануєте незабаром почати навчання

і принаймні один із батьків проживає за межами спільноти виплат.

► Будь ласка, заповніть додаток UN3, якщо додатковою особою є дитина.

► Будь ласка, заповніть Додаток UN4, якщо інша особа не є дитиною, і ви живете з нею у партнерстві.

■ Додаткова особа зазнала шкоди здоров'ю від третьої сторони (наприклад, нещасний випадок на роботі, в дорозі, в іграх або спорті, помилка в лікуванні або фізична сварка). Тому інша особа повинна подати заяву на отримання допомоги в центрі зайнятості.

► Будь ласка, заповніть додаток UF.

■ Додаткова особа має претензії до третіх осіб (наприклад, за умовами договору або вимоги про відшкодування збитків).

Bezeichnung des Anspruchs
позначення позову

► Bitte weisen Sie den Anspruch durch aktuelle Unterlagen nach.

■ Для додаткової особи декларація про прихильність до передано органу іноземців або дипломатичному представництву за кордоном.

○ 24

► Будь ласка, надайте декларацію про зобов'язання або відповідні документи.

6. Kranken- und Pflegeversicherung (25) (26) / Охорона здоров'я

6.1 Обов'язкове страхування в рамках обов'язкового страхування здоров'я та догляду

■ Додаткова особа є або була останньою обов'язковою чи сімейною застрахованою в рамках обов'язкового страхування здоров'я та довгострокового догляду.

На початку отримання права на допомогу по безробіттю II додаткова особа хотіла б застрахуватися:

■ попередня медична страхова компанія:

Name der Krankenkasse
назва медичного страхування

Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)
Номер медичного страхування (якщо відомий)

► Будь ласка, надайте свідоцтво про членство або інший поточний документ, який підтверджує страхування додаткової особи від страхової компанії. Крім того, ви також можете пред'явити дійсну електронну медичну картку іншої особи, вона не зберігатиметься в файлі.

■ інша медична страхова компанія.

Name der Krankenkasse
назва медичного страхування

Krankenversicherungsnummer (falls bekannt)
Номер медичного страхування (якщо відомий)

► Будь ласка, надайте свідоцтво про членство або інший оновлений доказ вибору страхової компанії, якщо інша особа змінює медичну страхову компанію.

(25)

6.2 Приватне, добровільне законодавче або неіснуюче страхування здоров'я та догляду

■ Додаткова особа є приватною або добровільно застрахований згідно із законом.

► Будь ласка, заповніть Додаток SV, розділ 3

■ Додаткова особа не застрахована.

► Будь ласка, заповніть Додаток SV, розділ 4

Я підтверджую, що інформація правдива.

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
Підпис заявника

Місце і дата

(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
(для неповнолітніх: підпис законного представника)