

Anlage Приложение WEP для лиц от 15 лет и старше

https://t.me/ua_help_esslingen

für eine weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft
– Für Kinder unter 15 Jahren füllen Sie bitte die Anlage KI aus –



Для детей до 15 лет заполнять приложение KI

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.



Reichen Sie bitte grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Kopien ein.



Hier finden Sie ein Video, das Ihnen beim Ausfüllen hilft. Unter www.jobcenter.digital erhalten Sie Informationen zu unseren digitalen Angeboten, das Merkblatt SGB II und weitere Anlagen zum Antrag.



Weitere Informationen finden Sie zu der jeweiligen Nummer in den Ausfüllhinweisen unter www.arbeitsagentur.de/hinweise-sgb2.

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt SGB II"). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 - 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers Личные данные заявителя (того, кто подает основное заявление)

| | |
|---|--|
| Anrede <small>Обращение</small> Frau - жен. Herr - муж. | Vorname <small>Имя</small> |
| Familienname <small>Фамилия</small> | Geburtsdatum <small>Дата рождения</small> |
| Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden) BG-номер (номер нуждающегося сообщества, если известен) | Kundennummer (falls vorhanden) Клиентский номер (если известен) |

2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf folgende weitere Person ab 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft 4 Данные Раздела 2 касаются следующего лица в возрасте 15 лет и старше в нуждающемся сообществе

2.1 Persönliche Daten der weiteren Person Личные данные

| | |
|---|---|
| Anrede <small>Обращение</small> | Vorname <small>Имя</small> |
| Familienname <small>Фамилия</small> | Geburtsname (sofern abweichend) Фамилия при рождении (если отличается) |
| Geburtsort <small>Город рождения</small> | Geburtsdatum <small>Дата рождения</small> |
| Geburtsland <small>Страна рождения</small> | Staatsangehörigkeit <small>Гражданство</small> |
| ▶ Bitte tragen Sie hier das Datum der Einreise nach Deutschland ein, sofern die weitere Person keine deutsche Staatsangehörigkeit hat. Einreisedatum <small>Дата въезда в Германию</small> | |
| Rentenversicherungsnummer <small>1</small> Номер пенсионного страхования | <input checked="" type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt <small>Поставить крестик, если номера еще нет</small> |

2.2 Familienstand der weiteren Person Семейное положение Если муж или жена в Украине из-за войны, сделать пометку: Ehemann (муж) Ehefrau (жена) in der Ukraine

| | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ledig <small>Не женат</small> | <input type="checkbox"/> verheiratet <small>Женат</small> | <input type="checkbox"/> verwitwet <small>Вдовец</small> | <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <small>Зарегистрированное партнерство (однополое партнерство)</small> |
| <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit: <small>Постоянно проживаем отдельно с (Дата)</small> _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> geschieden seit: <small>Разведен (а) с (дата)</small> _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> aufgehobene Lebenspartnerschaft seit: <small>Расторгнутое однополое партнерство с:</small> _____ | | | |



Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Kundennummer der weiteren Person

Die weitere Person hat sich ausgewiesen durch:

- Personalausweis
- Reisepass
- Sonstiges Ausweispapier (zum Beispiel elektronischer Aufenthaltstitel):

Gültig bis

AZR-Nummer der weiteren Person

Personenkennnummer der weiteren Person (bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)

Daten in STEP geprüft am

Handzeichen, Datum

уже подал заявку или намереваюсь подать на другие пособия (такие как BAFöG, BAB, доплату на жилье, пенсия, пособие по болезни, Kindergeld)

6.2 Ansprüche gegenüber Dritten

23

24

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Die **weitere Person** hat schon andere Leistungen **beantragt** oder **beabsichtigt, einen Antrag zu stellen**. Dazu zählen beispielsweise Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG), Berufsausbildungsbeihilfe (BAB), Wohngeld, Arbeitslosengeld, Renten (Alters-, Hinterbliebenen- und Grundrenten), Krankengeld, Kindergeld und Kinderzuschlag.

Leistungsart Вид пособия

Antragsdatum Дата подачи заявки

Sozialleistungsträger/Familienkasse Ведомство, предоставляющее пособие / Familienkasse

► Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis vor.

Die **weitere Person** erhebt Ansprüche gegen einen (ehemaligen) Arbeitgeber auf noch ausstehende Lohn- oder Gehaltszahlungen (zum Beispiel bei Zahlungsunfähigkeit/ Insolvenz des Arbeitgebers) oder für Zeiten nach dem Ausscheiden (zum Beispiel bei noch ausstehenden Abfindungen) У меня есть претензии к (бывшему) работодателю из-за невыплаченной зарплаты или др. платежей (напр. из-за его банкротства)

Arbeitgeber Работодатель

Anschrift Адрес

Grund Причина

► Bitte legen Sie einen geeigneten Nachweis vor (zum Beispiel Schriftwechsel mit ihrer Rechtsanwältin/ihrer Rechtsanwältin oder dem Gericht).

Die **weitere Person** lebt getrennt von ihrer Ehegattin/ihrer Ehegatten oder ihrer eingetragenen Lebenspartnerin/ihrer eingetragenen Lebenspartner. живет раздельно с супругом (в случае, если разделила не война, а нет заинтересованности в поддержании брака в целом). Заполнить приложение UH1

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH1** aus.

Die **weitere Person** ist geschieden oder die eingetragene Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben. Указанное лицо в разводе

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH1** aus.

Заполнить приложение UH1

Die **weitere Person** ist schwanger oder betreut ein nichteheliches Kind unter 3 Jahren.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UH2** aus. Указанное лицо - беременна или у него /нее есть ребенок до 3 лет. Заполнить приложение UH2

Die **weitere Person** ist Указанно лицо

- unter 18 Jahre alt oder Младше 18 лет или
 - zwischen 18 und 24 Jahre alt und macht eine Schul- oder Berufsausbildung oder will eine solche in Kürze beginnen В возрасте от 18 до 24 лет и учиться или планирует в ближайшем будущем начать обучение
- und** mindestens ein Elternteil lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft. и мин. 1 родитель живет вне нуждающегося сообщества

- Bitte füllen Sie die **Anlage UH3** aus, falls die weitere Person das Kind ist. Заполнить приложение UH3, если указанное лицо ребенок
- Bitte füllen Sie die **Anlage UH4** aus, falls die weitere Person nicht das Kind ist und Sie mit ihr in einer Partnerschaft leben. Заполнить приложение UH4, если указанное лицо не ребенок и вы живете с ним в партнерстве

Die **weitere Person** hat einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (zum Beispiel Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung). Die weitere Person muss deshalb Leistungen beim Jobcenter beantragen. здоровью нанесен ущерб третьим лицом (напр. в результате несчастного случая), поэтому указанное лицо вынуждено подать заявку в Джобцентр.

► Bitte füllen Sie die **Anlage UF** aus. Заполните приложение UF.

Die **weitere Person** hat einen Anspruch gegenüber Dritten (zum Beispiel aus Указанно лицо имеет претензию к третьему лицу (напр. требование оплаты по договору или возмещение ущерба) vertraglichen Zahlungsansprüchen oder Schadensersatzforderungen).

Bezeichnung des Anspruchs Описание претензии

Обязательно отметить НЕТ! если вы приехали в Германию не по приглашению

► Bitte weisen Sie den Anspruch durch aktuelle Unterlagen nach.

Für die **weitere Person** wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber Ja Nein der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben. Для указанного лица была подана Декларация по перенятию обязательств в миграционную службу (в случае если вы сюда приехали по приглашению)

► Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor.

Anlage UH1

Anlage UH1

Anlage UH2

Anlage UH3

Anlage UH4

Anlage UF

7. Kranken- und Pflegeversicherung 26 27 Медицинская страховка

7.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Die **weitere Person** ist oder war zuletzt in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung** pflicht- oder familienversichert.

Mit Beginn des Anspruchs auf Bürgergeld möchte die weitere Person versichert werden bei:
 Хочу быть застрахованным в страховке: (написать название страховки, которую вы выбираете)

der bisherigen Krankenkasse.

| | |
|---|--|
| Name der Krankenkasse <small>название страховой компании, если уже застрахованы</small> | Krankenversichertenummer (falls bekannt) <small>Страховой номер (если известен)</small> |
|---|--|

► Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Versicherung der weiteren Person vor. Ersatzweise können Sie auch die gültige elektronische Gesundheitskarte der weiteren Person vorlegen, diese wird nicht zur Akte genommen.

einer anderen Krankenkasse. Отметить этот пункт, если указанное лицо уже было застраховано и хотело бы поменять свою страх.компанию на другую, тогда в этом пункте укажите на какую

| | |
|---|--|
| Name der Krankenkasse <small>Наименование</small> | Krankenversichertenummer (falls bekannt) <small>Страховой номер (если известен)</small> |
|---|--|

► Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung oder einen anderweitigen aktuellen Nachweis der Krankenkasse über die Krankenkassenwahl vor, wenn die weitere Person die Krankenkasse wechselt. 26
 Приложить справку от страховой компании, если меняется страховка

7.2 Private, freiwillig gesetzliche oder fehlende Kranken- und Pflegeversicherung Частная, добровольная или отсутствие страховки

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Die weitere Person ist privat oder freiwillig gesetzlich versichert. <small>застрахован в частном порядке (Заполнить SV, пункт 3)</small> ► Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 3 aus. | <input type="checkbox"/> Die weitere Person ist nicht versichert. ► Bitte füllen Sie die Anlage SV, Abschnitt 4 aus. |
|--|--|

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind. Я подтверждаю, что все данные верны

| | |
|--------------------------------------|---|
| Ort/Datum <small>Город, дата</small> | Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller <small>Подпись заявителя</small> (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters) |
|--------------------------------------|---|

Bearbeitungsvermerke
 Nur vom Jobcenter auszufüllen

Anlage SV

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

Handzeichen, Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden