Landeshauptstadt Stuttgart
Jobcenter

STUTTGART

Jobcenter

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Weitere Informationen finden Sie in den Ausfüllhinweisen!

Die Ausfüllhinweise und weitere Anlagen finden Sie auch im Internet unter www.stuttgart.de oder www.arbeitsagentur.de.

Bitte füllen Sie für jede Person in der Bedarfsgemeinschaft, die privat, freiwillig gesetzlich oder nicht krankenversichert ist, eine gesonderte Anlage SV aus.

SV

Bearbeitungsvermerke
Wird vom Jobcenter ausgefüllt.

Anlage

Sozialversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II (zu Ziffer 7 des Hauptantrags)

1 Persönliche Daten

1.1 Meine persönlichen Daten

☐ Frau ж ☐ Herr M	Vorname ИМЯ
Familienname ФАМИЛИЯ	Geburtsdatum ДАТА РОЖДЕНИЯ
Aktenzeichen (falls vorhanden) НОМЕР АКТОВ(ЕСЛИ ЕСТЬ)	

1.2 Persönliche Daten der Person, auf die sich die Angaben zur Sozialversicherung beziehen ДАННЫЕ, НА КОГО ЭТА БУМАГА ЗАПОЛНЯЕТСЯ

☐ Frau ж ☐ Herr M	Vorname ИМЯ
Familienname ФАМИЛИЯ	Geburtsdatum ДАТА РОЖДЕНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ

2 Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

☐ Ich bin bei folgender Krankenkasse versichert: Я В ЭТОЙ СТРАХОВКЕ ЗАСТРАХОВАН

Name der Krankenkasse НАЗВАНИЕ СТРАХОВКИ

▶ Bitte legen Sie eine aktuelle Mitgliedsbescheinigung vor. ПРИЛОЖИТЕ ДОКИ

ДОПЛАТА К ЧАСТНОЙ СТРАХОВКЕ

3 Zuschuss bei privater oder freiwilliger Kranken- und Pflegeversicherung (50)

▶ Bitte füllen Sie den nachfolgenden Abschnitt nur aus, wenn Sie oder die weitere Person **privat krankenversichert** oder **freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert** sind.

ПРОШУ ДОПЛАТИТЬ ЗА ЧАСТНУЮ СТРАХОВКУ

☐ Ich beantrage bzw. die weitere Person beantragt einen Zuschuss zu den Beiträgen zur **privaten** Krankenversicherung.

Name der Krankenkasse НАЗВАНИЕ СТРАХОВКИ	Versicherungsnummer des Vertrags НОМЕР СТРАХОВКИ
Sitz der Krankenkasse МЕСТО ГДЕ СТРАХОВАЯ (ГОРОД)	Kreditinstitut der Krankenkasse БАНК НАЗВАНИЕ
BIC	
IBAN	

ЦЕНАВ МЕСЯЦ МЕДИЦИНЯКОЙ СТРАХОВКЧ

monatliche Höhe des Krankenversicherungsbeitrags in Euro

ЦЕНА В МЕСЯЦ СТРАХОВКЧ ПО УХОДУ

monatliche Höhe des Pflegeversicherungsbeitrags in Euro

ЦЕНА БАЗИСНОГО ТАРИФА

monatliche Höhe des Beitrags im Basistarif in Euro (nur bei privater Versicherung)

▶ Bitte legen Sie als Nachweis den aktuellen Bescheid über die Höhe des monatlichen Beitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung vor sowie einen Nachweis über den Beitrag, den Sie im Basistarif zahlen würden. ПРИЛОЖИТЕ ДОКЧ

☐ Ich beantrage bzw. die weitere Person beantragt einen Zuschuss zu den Beiträgen zur **freiwillig gesetzlichen** Krankenversicherung.

Name der Krankenkasse	Versicherungsnummer des Vertrags

monatliche Höhe des Krankenversicherungsbeitrags in Euro

monatliche Höhe des Pflegeversicherungsbeitrags in Euro

▶ Bitte legen Sie als Nachweis den aktuellen Bescheid über die Höhe des monatlichen Beitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung.

ЕСЛИ К МОМЕНТУ ЗАЯВЛЕНИЯ ЕЩЕ НЕТ СТРАХОВКЧ

4 Kranken- und Pflegeversicherung, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Arbeitslosengeld II keine Versicherung besteht (25)

▶ Bitte füllen Sie den nachfolgenden Abschnitt nur aus, wenn für Sie oder die weitere Person **zurzeit weder eine gesetzliche Pflicht- oder Familienversicherung noch eine freiwillige oder private Kranken- und Pflegeversicherung** besteht.

Я или ЧЛЕН СЕМЬЧ БЫЛ ЗАСТРАХОВАН ПРИВАТНО

☐ ~~Ich bzw. die weitere Person war zuletzt privat krankenversichert.~~

☐ Ich bzw. die weitere Person Я или ЧЛЕН СЕМЬЧ

- bin bzw. ist hauptberuflich selbständig tätig **oder** ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ
- habe bzw. hat nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bzw. Beihilfe. ЧИНОВНИК В ГЕРМАНИИ

Я или ЧЛЕН СЕМЬЧ СТАРШЕ 55 ЛЕТ и ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ БЫЛ НЕ ЗАСТРАХОВАН

☐ Ich habe bzw. die weitere Person hat das 55. Lebensjahr vollendet **und** war in den letzten **fünf Jahren** vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II **nicht** gesetzlich versichert **und** war für **mindestens zweieinhalb Jahre** минимум 2,5 ГОДА

- **versicherungsfrei** oder БЫЛ БЕЗ СТРАХОВКЧ
- von der **Versicherungspflicht befreit** oder ОСВОБОЖДЕН ОТ СТРАХОВКЧ
- **nicht versicherungspflichtig** wegen der Ausübung einer hauptberuflichen selbständigen Tätigkeit. НЕ ОБЯЗАН БЫЛ СТРАХОВАТЬСЯ, БЫЛ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕМ

▶ Wenn eine der vorgenannten Voraussetzungen auf Sie oder die weitere Person zutrifft, besteht keine Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung aufgrund des Arbeitslosengeld II-Bezugs. Sie können jedoch unter Ziffer 3 einen Zuschuss beantragen, wenn Sie oder die weitere Person sich selbst privat oder freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern.

▶ Wenn die vorgenannten Voraussetzungen auf Sie oder die weitere Person nicht zutreffen, tritt grundsätzlich die Versicherungspflicht aufgrund des Arbeitslosengeld II-Bezugs ein. Wählen Sie bitte eine gesetzliche Krankenkasse und legen Sie innerhalb von zwei Wochen die Mitgliedsbescheinigung vor.

Bearbeitungsvermerke
Wird vom Jobcenter ausgefüllt.

☐ Beitragsbescheinigung
☐ Beitragsbescheinigung Basistarif

☐ Beitragsbescheinigung

☐ Mitgliedsbescheinigung

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe Merkblatt SGB II). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 SGB I und der §§ 67a, b, c SGB X für die Leistungen nach dem SGB II erhoben.

Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft mit der Rückforderung der zu viel gezahlten Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus.

Beachten Sie bitte, dass das Jobcenter im Wege des automatisierten Datenabgleichs Auskünfte bei Dritten, z. B. über Beschäftigungszeiten, Kapitalverträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen (z. B. Bescheide) erhalten.

ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ВСЁ ВЕРНО

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort, Datum МЕСТО, ДАТА	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller ПОДПИСЬ
Ort, Datum	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/ Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/ Antragsteller

bei Betreuten:

Ort, Datum	Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen bei den Ziffern:

Ort, Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
Ort, Datum	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/ Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/ Antragsteller

Bearbeitungsvermerke
Wird vom Jobcenter ausgefüllt.