

# Anlage Приложение KI для ребенка до 15 лет

[https://t.me/ua\\_help\\_esslingen](https://t.me/ua_help_esslingen)

für ein Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft



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](http://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](http://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](http://www.arbeitsagentur.de/datenerhebung).

## 1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers Данные заявителя (не ребенка!)

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

## 2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf das folgende Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft 4 Daten ребенка до 15 лет

Vorname <small>Имя</small>	Familienname <small>Фамилия</small>
Geburtsname (sofern abweichend) <small>Фамилия при рождении (если отличается)</small>	Geschlecht <small>Пол</small> W - жен., M - муж.
Geburtsort <small>Место 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 das Kind keine deutsche Staatsangehörigkeit hat. Einreisedatum <small>Дата въезда в Германию</small>	
Rentenversicherungsnummer <small>Пенсионный страховой номер</small> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt. <small>Номера пенсионного страхования еще нет в наличии</small>

## 3. Persönliche Angaben Личные данные

<input type="checkbox"/> Ich bin mit dem Kind verwandt. <small>Я родственник ребенка</small>
<input type="checkbox"/> Meine Partnerin/mein Partner ist mit dem Kind verwandt. <small>Мой партнер / партнерша является родственником ребенка</small>
Verwandtschaftsverhältnis <small>Степень родства</small> Tochter (dочь), Sohn (сын), Schwester (сестра), Bruder (брат), Nichte (племянница), Neffe (племянник), Enkelkind (внук, внучка)
<input type="checkbox"/> Das Kind lebt regelmäßig wechselseitig in meinem Haushalt und im Haushalt des anderen Elternteils. <b>30</b> <small>Ребенок проживает попеременно в моем домохозяйстве и домохозяйстве другого родителя</small>



2

# KI

Bearbeitungsvermerke  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Kundennummer des Kindes

Das Kind hat sich ausgewiesen durch

- Geburtsurkunde
- Kinderreisepass
- sonstiges Ausweispapier (zum Beispiel Kinderausweis, elektronischer Aufenthaltstitel):

Gültig bis

AZR-Nummer des Kindes

Personenkennnummer des Kindes (bei rumänischen und bulgarischen Staatsangehörigen)

Daten in STEP geprüft am

Handzeichen, Datum

Für das Kind wurden innerhalb der letzten drei Jahre bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen.  Ja  Nein

Name des anderen Jobcenters **Наименование другого Джобцентра**

► Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise (zum Beispiel Bescheide) vor.

Das Kind ist **Berechtigte/Berechtigter** nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz**. **Reбенок имеет право на пособие для беженцев**  Ja  Nein **9**

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

Das Kind ist **Schülerin/Schüler**. **Ребенок является школьником/школьницей**  Ja  Nein

Das Kind wurde eingeschult oder wird voraussichtlich eingeschult am **Дата** \_\_\_\_\_.

**Ребенок пошел или ожидается, что пойдет в школу**

► Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis über den Einschulungstermin vor.

Es wurden für das Kind bereits Leistungen für persönliche Schulbedarfe des aktuellen Schuljahres bei einer anderen Stelle beantragt oder von dieser geleistet. **Пособие на школьные принадлежности уже было получено в другом месте или подана заявка.**  Ja  Nein

► Falls ja, legen Sie bitte aktuelle Nachweise vor.

Das Kind befindet sich derzeit oder demnächst in einer **stationären Einrichtung** (zum Beispiel in einem Krankenhaus).  Ja  Nein **11**

**Ребенок находится или скоро будет находиться в стационаре (напр. в больнице)**

Dauer der Unterbringung von - bis  
**Продолжительность пребывания От-До**

Art der stationären Einrichtung  
**Тип стационара**

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

**4. Ansprüche gegenüber Dritten** **Претензии к третьим лицам**

Ein Elternteil des Kindes lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft. **Один из родителей ребенка живет вне домохозяйства**  
► Bitte füllen Sie die **Anlage UH3** aus. **(и это НЕ по причине войны)**. **Заполнить приложение UH3**

Das Kind hat einen gesundheitlichen Schaden durch einen Dritten erlitten (zum Beispiel Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, ärztlicher Behandlungsfehler oder tätliche Auseinandersetzung). **Здоровью ребенка был нанесен ущерб третьими лицами (напр. несчастный случай во время спорта, ДТП, из-за врачебной ошибки и т.д.)**  
► Bitte füllen Sie die **Anlage UF** aus.

Für das Kind wurde eine Verpflichtungserklärung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben.  Ja  Nein **25**

► Bitte legen Sie die Verpflichtungserklärung oder geeignete Unterlagen vor.

**Обязательно поставить крестик, если ребенок приехал в Германию не по приглашению (к примеру от родственников)**

**5. Prüfung eines Mehrbedarfs** **Проверка доп. потребностей**

► Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

Das Kind benötigt aus medizinischen Gründen eine **kostenaufwändige Ernährung**.  Ja  Nein **14**  
► Bitte füllen Sie die **Anlage MEB** aus. **Ребенку по мед. показаниям нужно дорогостоящее питание**  
**В этом случае заполнить приложение MEB**

Das Kind ist **schwanger**.  Ja  Nein **12** **Ребенок беременный**  
► Bitte legen Sie einen Nachweis vor, aus dem der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht.  
► Bitte füllen Sie die **Anlage UH2** aus. **Приложить материнский паспорт с указанием предварительной даты родов**  
**Заполнить приложение UH2**

Das Kind hat einen **unabweisbaren besonderen Bedarf** auf Grund eines besonderen Lebensumstandes. **У ребенка есть неизбежная особая потребность**  Ja  Nein **17** **в связи с особыми жизненными обстоятельствами.**  
► Bitte füllen Sie die **Anlage BB** aus. **Заполнить приложение BB**

Das Kind ist **Schülerin/Schüler** und hat Kosten für **Schulbücher/Arbeitshefte**.  Ja  Nein **18**  
► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor. **Ребенок школьник / школьница и есть расходы на учебники и тетради**

**Приложить доказательства (напр. список необходимых материалов со школы). В противном случае будет начислена паушальная сумма.**

**Bearbeitungsvermerke**  
Nur vom Jobcenter auszufüllen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anlage UH3

Anlage UF

\_\_\_\_\_

Anlage MEB

\_\_\_\_\_

Anlage UH2

Anlage BB

\_\_\_\_\_

**6. Kranken- und Pflegeversicherung** (26) (27) **Медицинское страхование**

- ▶ Bitte füllen Sie die **Anlage SV** aus, wenn das Kind privat oder in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung freiwillig versichert ist.
- ▶ Bitte füllen Sie den folgenden Abschnitt nur aus, wenn **das Kind bereits das 14. Lebensjahr vollendet hat** und legen einen entsprechenden Nachweis über die Kranken- und Pflegeversicherung vor. Alternativ können Sie auch die gültige elektronische Gesundheitskarte des Kindes vorlegen, diese wird nicht zur Akte genommen.

Das Kind ist oder war zuletzt in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung**

**familienversichert.** Ребенок будет застрахован по семейной страховке

**pflichtversichert** (zum Beispiel durch den Bezug einer Hinterbliebenenrente).

Das Kind ist in Zukunft pflichtversichert bei **Будет застрахован в будущем**

der bisherigen Krankenkasse. **в предыдущей страховке**

einer anderen Krankenkasse. **в другой страховке**

Name der Krankenkasse  
Наименование страховки

Krankenversicherтенnummer (falls bekannt)  
Номер мед. страхования (если известен)

**Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.**

Ort/Datum **Город, дата**

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller  
(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)  
**Подпись**

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