



Ansprechpartner (Контактна особа): Frau Weinkötz / Herr Meister
Email: ukraine-gsig@kreis-bergstrasse.de

Eingang:	Kurzantrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) Заява про призначення пільг згідно з Дванадцятим Соціальним кодексом (SGB XII)	AZ:
----------	--	-----

- Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 23 SGB XII für Ukraine-Flüchtlinge**
Допомога для біженців з України відповідно до § 23 SGB XII

1. Antragsteller (Заявник):

Name (призвище): Geburtsname (призвище при народженні):	Vorname (ім'я):	
Geburtsdatum/-ort (дата та місце народження):	Geschlecht (стать):	
Nationalität (національність):	Familienstand (сімейний стан):	Telefon (freiwillig) Телефон (добровільно)
Anschrift im Heimatland (адреса на батьківщині):		

2. Ehegatte/ eingetragene Lebenspartnerschaft (чоловік, дружина / зареєстроване партнерство)

Name (призвище): Geburtsname (призвище при народженні):	Vorname (ім'я):	
Geburtsdatum/-ort (дата та місце народження):	Geschlecht (стать):	
Nationalität (національність):	Familienstand (сімейний стан):	Telefon (freiwillig) Телефон (добровільно)

3. Weitere Personen

Name, Vorname (Прізвище, ім'я):	Geburtsdatum/-ort (дата та місце народження):	Geschlecht (стать):	Telefon (freiwillig) Телефон (добровільно)

4. Bedarfsermittlung (Оцінка потреб)

Unterbringung in/bei Проживання в/з	Gemeinschaftsunterkunft Спільне проживання <input type="checkbox"/> ja (так) <input type="checkbox"/> nein (ні)	Verwandtschaft / Freunden родичі / друзі <input type="checkbox"/> ja (так) <input type="checkbox"/> nein (ні)
Anschrift Адреса		
Haben Sie eine (Schwer-) Behinderung / Gesundheitliche Einschränkung aufgrund Krankheit Чи є у вас (важка) інвалідність/обмеження здоров'я через хворобу	Antragsteller Заявник <input type="checkbox"/> ja (так) <input type="checkbox"/> nein (ні)	Ehe- bzw. Lebenspartner Дружина/чоловік (також в громадянському шлюбі) <input type="checkbox"/> ja (так) <input type="checkbox"/> nein (ні)
Besteht für Sie bereits eine Krankenversicherung (auch für den Auslandsaufenthalt)? У вас вже є медична страховка (також на час перебування за кордоном)?	Antragsteller Заявник <input type="checkbox"/> ja (так) <input type="checkbox"/> nein (ні)	Ehe- bzw. Lebenspartner Дружина/чоловік (також в громадянському шлюбі) <input type="checkbox"/> ja (так) <input type="checkbox"/> nein (ні)
<p>*Sofern keine Krankenversicherung besteht bitte unbedingt das auf der letzten Seite angefügte Formular „Wahl einer Krankenkasse zur Durchführung der Krankenbehandlung (§ 264 SGB V) ausfüllen“*</p> <p>*Якщо у вас немає медичного страхування, будь ласка, заповніть форму на останній сторінці «Вибір медичної страхової компанії для лікування (§ 264 SGB V)».</p>		

5. Einkommen (дохід):

(z.B. Lohn / , Rente / Mieteinnahmen / Krankengeld / selbstständige Tätigkeit / Kindergeld / Elterngeld / Unterhalt / Unterhaltsvorschuss (UVG) / Zinsen / Kapitalerträge / Pflegegeld...)?

(Наприклад, зарплата / пенсія / дохід від оренди / лікарняний / приватна діяльність / допомога на дитину / батьківська допомога / аліменти / аванс на аліменти (UVG) / відсотки / дохід від інвестицій / допомога по догляду...?)

ja (так) nein (ні)

Folgende Einkünfte stehen den im Antrag genannten Personen zur Verfügung (Особи, зазначені у заяві, мають у своєму розпорядженні наступні доходи):

6. Vermögen (майно):

(zum Beispiel: Geld, Schmuck, Kraftfahrzeug, Haus- und Grundvermögen - auch im Heimatland) (наприклад: гроші, коштовності, автомобіль, нерухомість та земельні ділянки – також у рідній країні):

- ja (так) nein (ні)

Art (вид майна):	Höhe/Wert (розмір/вартість):

7. Angaben zur Bankverbindung (Банківські реквізити)

Sie benötigen eine Bankverbindung, da die Sozialleistungen grundsätzlich auf das Konto des Hilfeempfängers überwiesen werden.

Вам потрібні банківські реквізити, оскільки соціальні виплати, як правило, перераховуються на рахунок отримувача допомоги.

<p>IBAN (22-stellig) / IBAN (22 симболи)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p><input type="checkbox"/> Antragsteller ist selber Kontoinhaber (Заявником є сам власник рахунку)</p> <p><input type="checkbox"/> abweichende*r Kontoinhaber*in* (Name, Vorname) інший власник рахунку* (прізвище, ім'я)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

8. Zusätzliche Angaben (додаткові дані):

Unterhaltsverpflichtete (Eltern/Kinder/Ehepartner/Lebenspartner) außerhalb des Haushalts (Відповідальний за утримання (батьки/діти/дружина або чоловік/партнер) поза домогосподарством:

- ja (так) nein (ні)

Name, Vorname (прізвище, ім'я):	Anschrift (Straße, Wohnort, Staat) (Адреса (вулиця, місце проживання, країна)	Verwandtschaftsverhältnis (ступінь рідства):

Ich habe den Antrag verstanden und versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben strafbar mache und dass ich zu Unrecht bezogene Leistungen erstatten muss.
(Я зрозумів заяву та запевняю, що наведена вище інформація є повною та правдивою. Я усвідомлюю, що буду притягнутим до відповідальності в разі надання неповної або неправдивої інформації, і що мені доведеться відшкодовувати допомогу, яка була отримана помилково).

Ich nehme zur Kenntnis: Die Datenerhebung und –verarbeitung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt im Rahmen der Datenschutz-Grundverordnung und der entsprechenden Gesetze. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.
(Я беру до відома: Збір та обробка даних у зв'язку із заявою відбувається в рамках Загального положення про захист даних та відповідних законів. Обов'язок брати участь у цій процедурі регулюється з розділу 60, параграф 1 Першої книги Соціального кодексу (SGB I). Якщо Ви не дотримуєтесь цього зобов'язання, Вам може бути відмовлено у клопотанні про соціальну допомогу повністю або частково через відсутність належного сприяння.)

Das Informationsblatt zur Erhebung personenbezogener Daten nach Art. 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) wurden mir ausgehändigt.
(Мені надали інформаційний лист про збір персональних даних відповідно до статей 13 і 14 Загального регламенту захисту даних (GDPR).)

Sozialleistungen erhält nicht, wer sich selbst helfen kann oder wer die Hilfe von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält.
(Соціальну допомогу не отримує той, хто може допомогти собі сам або хто отримує допомогу від інших осіб, особливо родичів, або отримує соціальної допомоги від інших соціальних закладів.)

Es ist Ihre Pflicht, jeden Anspruch auf vorrangige Leistungen geltend zu machen und dem Amt für Soziales, Sachgebiet Grundsicherung beim Kreisausschuss des Kreises Bergstraße dieses unverzüglich mitzuteilen.
(Ви зобов'язані заявити про своє право на першочергові пільги та негайно повідомити про це Amt für Soziales, Sachgebiet Grundsicherung)

Jede Änderung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse sind dem Amt für Soziales, Sachgebiet Grundsicherung beim Kreisausschuss des Kreises Bergstraße unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen. *(При будь-якій зміні особистих та економічних обставин вам потрібно негайно і добровільно повідомити у відділ допомоги біженцям Amt für Soziales, Sachgebiet Grundsicherung в територіальний округ Kreisausschuss des Kreises Bergstraße.*

Unberechtigter Bezug von Sozialleistungen kann strafrechtliche Folgen haben.
(Неправомірне отримання соціальної допомоги може мати кримінальні наслідки.)

Ich bestätige, dass ich die Belehrung verstanden habe.
(Я підтверджую, що зрозумів роз'яснення)

Ort / Datum _____
Місце і дата

(Unterschrift Antragsteller/in)
(підпис заявника)

(Unterschrift Ehepartner/in, Partner/in)
(підпис чоловіка/дружини, партнера)

Kreis Bergstraße
Der Kreisausschuss
-Amt für Soziales-
Gräffstraße 5
64646 Heppenheim

Ansprechpartner (Контактна особа): Frau Weinkötz / Herr Meister
Email: ukraine-gsig@kreis-bergstrasse.de

Wahl einer Krankenkasse zur Durchführung der Krankenbehandlung (§ 264 SGB V)

Вибір медичної страхової компанії для медичного лікування (§ 264 SGB V)

Name (Прізвище): _____

Geburtsdatum (Дата народження): _____

Anschrift (адреса): _____

Ich wurde darüber informiert, dass ich gemäß § 264 Abs. 3 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) eine Krankenkasse zu wählen habe, die meine Krankenbehandlung und die meiner nicht versicherten Familienangehörigen übernimmt.

Мене повідомили, що відповідно до розділу 264 (3) Кодексу соціального страхування - Закону V (SGB V) я повинен вибрати медичну страхову компанію, яка буде піклуватися про моє лікування та лікування моїх незастрахованих членів сім'ї.

Ich war zuletzt gesetzlich oder privat krankenversichert
(Зовсім недавно я мав державне або приватне медичне страхування)

bei der _____
в genaue Bezeichnung der Krankenkasse und möglichst Anschrift
Точна назва медичної страхової компанії та адреса, якщо можливо

Ich war noch nie gesetzlich oder privat krankenversichert
(У мене ніколи не було законодавчого чи приватного медичного страхування)

Ich möchte bei der _____ versichert werden.
Я хотів би застрахуватися в genaue Bezeichnung der Krankenkasse und möglichst Anschrift
Точна назва медичної страхової компанії та адреса, якщо можливо

Bitte informieren Sie die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend. Ich bitte außerdem um Weitergabe meiner/unserer persönlichen Daten, die für die Anmeldung bei der Krankenkasse erforderlich sind.

Будь ласка, повідомте про це медичну страхову компанію, яку я вибрав. Я також прошу передати мої/наші персональні дані, які необхідні для реєстрації в медичній страховій компанії.

Ort, Datum
Місце і дата

Unterschrift
підпис