


Landkreis Marburg-Biedenkopf

Fachbereich Integration und Arbeit -KreisJobCenter-

Kurz-Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II)
(Коротка заява на надання пільг відповідно до Соціального кодексу II (SGB II))

Deutsch / Ukrainisch (німецька / українська)

Bisheriges Aktenzeichen bei AsylbLG:

Ich beantrage für mich und meine Familienangehörigen Leistungen nach dem SGB II.

(Я подаю заяву на надання пільг для себе та членів моєї сім'ї відповідно до Соціального кодексу SGB II.)

1) Antragsteller*in (Person 1) (Заявник/-ця (Особа 1))

Nachname (прізвище)	
Vorname (ім'я)	
Geburtsdatum (MM.TT.JJJJ) (дата народження (дд.мм.рррр))	
Geburtsort (місце народження)	
Geschlecht (стать)	<input type="checkbox"/> weiblich (жіноча) <input type="checkbox"/> männlich (чоловіча) <input type="checkbox"/> divers (інша)
Familienstand (сімейний стан)	<input type="checkbox"/> ledig (неодружений/-а) <input type="checkbox"/> verheiratet (одружений/-а) <input type="checkbox"/> getrenntlebend (розлучений/-а) <input type="checkbox"/> verwitwet (овдовілий/-а)
Staatsangehörigkeit (громадянство)	
Straße + Nr. (вулиця + номер будинку)	
Postleitzahl + Ort + Ortsteil (поштовий індекс + місто/село + мікрорайон)	
Beruf (професія)	
Ausbildung / Fortbildungen (освіта / курси підвищення кваліфікації)	
Können Sie täglich mindestens 3 Stunden arbeiten? (Чи можете ви працювати мінімум 3 години на день?) <input type="checkbox"/> ja (так) <input type="checkbox"/> nein (ні)	
Arbeiten Sie aktuell? Wenn ja, wo, seit wann und wie viele Stunden in der Woche. (Чи працюєте ви на даний час? Якщо так, де, з якого часу і скільки годин на тиждень.)	

Welche Krankenkasse haben Sie? Wenn Sie (noch) keine haben, können Sie sich unter folgender Seite eine aus-
suchen. Tragen Sie bitte Ihre Krankenkasse bzw. die ausgewählte Krankenkasse ein. *(У якій лікарняній касі
(компанії медичного страхування) ви застраховані? Якщо у вас (ще) немає лікарняної каси, ви можете
вибрати собі якусь касу за наданим посиланням. Зазначте, будь-ласка, свою / вибрану лікарняну касу тут.)*

<https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenkassenliste.pdf>



2) Weitere Personen im Haushalt *(Інші особи в домогосподарстві)*

	Person 2 (Особа 2)	Person 3 (Особа 3)
Geschlecht (Стать)	<input type="checkbox"/> weiblich (жіноча) <input type="checkbox"/> divers (інша) <input type="checkbox"/> männlich (чоловіча)	<input type="checkbox"/> weiblich (жіноча) <input type="checkbox"/> divers (інша) <input type="checkbox"/> männlich (чоловіча)
Nachname (прізвище)		
Vorname (ім'я)		
Geburtsdatum (дата народження)		
Verwandschafts- verhältnis (родинний зв'язок з заявником)		
Familienstand (сімейний стан)	<input type="checkbox"/> ledig (неодружений/-а) <input type="checkbox"/> verheiratet (одружений/-а) <input type="checkbox"/> getrenntlebend (розлучений/-а) <input type="checkbox"/> verwitwet (овдовілий/-а)	<input type="checkbox"/> ledig (неодружений/-а) <input type="checkbox"/> verheiratet (одружений/-а) <input type="checkbox"/> getrenntlebend (розлучений/-а) <input type="checkbox"/> verwitwet (овдовілий/-а)
ab Alter 15 Jahre (від 15 років)	Beruf (професія)	Beruf (професія)
ab Alter 15 Jahre (від 15 років)	Ausbildungen/Fortbildungen (освіта/курси підвищення кваліфікації)	Ausbildungen/Fortbildungen (освіта/курси підвищення кваліфікації)
ab Alter 15 Jahre (від 15 років)	Kann täglich mindestens 3 Stunden arbei- ten. (Може працювати мінімум 3 годин на день.) <input type="checkbox"/> ja (так) <input type="checkbox"/> nein (ні)	Kann täglich mindestens 3 Stunden arbei- ten. (Може працювати мінімум 3 годин на день.) <input type="checkbox"/> ja (так) <input type="checkbox"/> nein (ні)
ab Alter 15 Jahre (від 15 років)	Arbeiten Sie aktuell? Wenn ja, wo, seit wann und wie viele Stunden in der Woche. (Чи працюєте ви на даний час? Якщо так, де, з якого часу і скільки годин на тиждень.)	Arbeiten Sie aktuell? Wenn ja, wo, seit wann und wie viele Stunden in der Woche. (Чи працюєте ви на даний час? Якщо так, де, з якого часу і скільки годин на тиждень.)
ab Alter 15 Jahre (від 15 років)	Besuch einer Schule? Wenn ja, welche und in welcher Klasse? (Відвідування школи? Якщо так, яка школа та який клас?)	Besuch einer Schule? Wenn ja, welche und in welcher Klasse? (Відвідування школи? Якщо так, яка школа та який клас?)
ab Alter 15 Jahre (від 15 років)	Krankenkasse (Лікарняна каса)	Krankenkasse (Лікарняна каса)

	Person 4 (Особа 4)	Person 5 (Особа 5)
Geschlecht (Стать)	<input type="checkbox"/> weiblich (жіноча) <input type="checkbox"/> divers (інша) <input type="checkbox"/> männlich (чоловіча)	<input type="checkbox"/> weiblich (жіноча) <input type="checkbox"/> divers (інша) <input type="checkbox"/> männlich (чоловіча)
Nachname (прізвище)		
Vorname (ім'я)		
Geburtsdatum (дата народження)		
Verwandschafts- verhältnis (родинний зв'язок з заявником)		
Familienstand (сімейний стан)	<input type="checkbox"/> ledig (неодружений/-а) <input type="checkbox"/> verheiratet (одружений/-а) <input type="checkbox"/> getrenntlebend (розлучений/-а) <input type="checkbox"/> verwitwet (овдовілий/-а)	<input type="checkbox"/> ledig (неодружений/-а) <input type="checkbox"/> verheiratet (одружений/-а) <input type="checkbox"/> getrenntlebend (розлучений/-а) <input type="checkbox"/> verwitwet (овдовілий/-а)
ab Alter 15 Jahre (від 15 років)	Beruf (професія)	Beruf (професія)
ab Alter 15 Jahre (від 15 років)	Ausbildungen/Fortbildungen (освіта/курси підвищення кваліфікації)	Ausbildungen/Fortbildungen (освіта/курси підвищення кваліфікації)
ab Alter 15 Jahre (від 15 років)	Kann täglich mindestens 3 Stunden arbei- ten. (Може працювати мінімум 3 годин на день.) <input type="checkbox"/> ja (так) <input type="checkbox"/> nein (ні)	Kann täglich mindestens 3 Stunden arbei- ten. (Може працювати мінімум 3 годин на день.) <input type="checkbox"/> ja (так) <input type="checkbox"/> nein (ні)
ab Alter 15 Jahre (від 15 років)	Arbeiten Sie aktuell? Wenn ja, wo, seit wann und wie viele Stunden in der Woche. (Чи працюєте ви на даний час? Якщо так, де, з якого часу і скільки годин на тиждень.)	Arbeiten Sie aktuell? Wenn ja, wo, seit wann und wie viele Stunden in der Woche. (Чи працюєте ви на даний час? Якщо так, де, з якого часу і скільки годин на тиждень.)
ab Alter 15 Jahre (від 15 років)	Besuch einer Schule? Wenn ja, welche und in welcher Klasse? (Відвідування школи? Якщо так, яка школа та який клас?)	Besuch einer Schule? Wenn ja, welche und in welcher Klasse? (Відвідування школи? Якщо так, яка школа та який клас?)
ab Alter 15 Jahre (від 15 років)	Krankenkasse (Лікарняна каса)	Krankenkasse (Лікарняна каса)

Wenn noch mehr Personen im Haushalt sind, schreiben Sie die Daten bitte auf ein extra Blatt und legen dieses zum Antrag dazu.

(Якщо в домогосподарстві більше осіб, напишіть їх дані, будь-ласка, на окремому аркуші та додайте його до заяви.)

