

## Hauptantrag Головна заява

auf Gewährung von Leistungen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII)  
про надання пільг згідно з Дванадцятим Соціальним кодексом (SGB XII)

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung  
базовий захист за віком та за зниженої працездатності

Hilfe zum Lebensunterhalt  
допомога в забезпеченні засобів до існування

Grund für die Antragstellung: \_\_\_\_\_

Причина подання заяви:

Dieser Antrag umfasst den Hauptantrag und 8 Anlagen.

Ця заява складається з головної заяви та 8 додатків.

Persönliche Angaben des Antragstellers:

männlich  weiblich  divers

Особисті дані заявника:

чоловік дружина різний

Familienname: Прізвище:		Geburtsname: Прізвище при народженні:	
Vorname(n): Ім'я (імена):		Geburtsdatum und -ort: Дата народження і місце:	
Anschrift: (Straße, PLZ, Ort) Адреса: (Вулиця, поштовий індекс, місто)		Staatsangehörigkeit: громадянство:	
		Aufenthaltsrechtlicher Status: Статус проживання:	
Familienstand: Сімейний стан: seit wann: відколи:		Betreuer: Опікун:	
Besteht eine Verpflichtungserklärung nach §68 Aufenthaltsgesetz? Чи є декларація про зобов'язання відповідно до §68 Закону про проживання?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ні так Datum der Verpflichtungserklärung: _____ Дата декларації про зобов'язання:	

Schwerbehindertenausweis?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_  
Посвідчення тяжкої інвалідності? ні так, з \_\_\_\_\_  
GdB, Merkzeichen: \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_  
ступінь інвалідності, позначка:

Telefonnummer bzw.

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

номер телефону або

адреса електронної пошти (добровільна інформація):

Persönliche Angaben des / der EhepartnerIn / LebenspartnerIn / PartnerIn der eheähnlichen  
Gemeinschaft des Antragstellers:  männlich  weiblich  divers

Особисті дані іншого з подружжя/супутника/партнера  чоловік  дружина  інше  
заявника у союзі, схожому на шлюб:

Familienname: Прізвище:		Geburtsname: Прізвище при народженні:	
Vorname(n): Ім'я (імена):		Geburtsdatum und -ort: Дата народження	

		<b>i місце:</b>	
<b>Anschrift:</b> (Straße, PLZ, Ort) <b>Адреса:</b> (Вулиця, поштовий індекс, місто)		<b>Staatsangehörigkeit:</b> <i>громадянство:</i>	
		<b>Aufenthaltsrechtlicher Status:</b> Статус проживання:	
<b>Familienstand:</b> <b>seit wann:</b> <b>Сімейний стан:</b> <b>seit wann:</b> <b>Відколи:</b>		<b>Betreuer:</b> <b>Опікун:</b>	

Schwerbehindertenausweis?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_  
 Посвідчення тяжкої інвалідності? ні так, з \_\_\_\_\_  
 GdB, Merkzeichen: \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_  
 ступінь інвалідності, позначка:

Telefonnummer bzw.  
 E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_  
 номер телефону або  
 адреса електронної пошти (добровільна інформація):

**Bei vorhandener Betreuung / Vollmacht des Antragstellers oder des Ehepartners/ der Ehepartnerin (bitte Betreuungsurkunde/ Vollmacht immer vorlegen!):**

**Якщо заявник або дружина мають опіку/довіреність (завжди пред'являйте свідоцтво про опіку/довіреність!):**

Name und Adresse des Betreuers/ Bevollmächtigten:  
 Ім'я та адреса опікуна/уповноваженого представника:

Planen Sie in den kommenden zwölf Monaten einen Auslandsaufenthalt?  
 Чи плануєте ви залишитися за кордоном у найближчі дванадцять місяців?  
 nein  ja, ab wann und wie lange: \_\_\_\_\_  
 ні так, коли і як довго:

**Angaben zur Krankenversicherung des Antragstellers:**  
**Інформація про медичне страхування заявника:**

Art der Krankenversicherung Вид медичного страхування	x		x	Monatlicher Beitrag Щомісячний внесок	Wird von folgendem Einkommen bezahlt: сплачується за рахунок наступних доходів:
Private KV Приватне медичне страхування		Gesetzliche KV Обов'язкове медичне страхування			
Familienversicherung сімейне страхування		Freiwillige KV Добровільне медичне страхування			
Versicherung als Rentenantragsteller Страхування як претендента на пенсію					
Krankenversicherungsnummer: номер медичного страхування					
Haben Sie eine ausländische Krankenversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Чи є у вас іноземна медична страховка? ні так					
<b>Falls Sie aktuell nicht krankenversichert sind, wo waren Sie zuletzt versichert?</b> <b>Якщо на даний момент у вас немає медичного страхування, де ви востаннє були застраховані?</b>					

**Persönliche Angaben zu allen weiteren Haushaltsangehörigen:  
Особисті дані всіх інших членів сім'ї:**

Familienname <i>Прізвище:</i>				
Vorname(n) <i>Ім'я (імена):</i>				
Geburtsdatum <i>Дата народження</i>				
Familienstand <i>Сімейний стан</i>				
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller <i>Сімейне відношення до заявника</i>				
Beruf <i>Професія</i>				
Hauptsächliches Einkommen <i>Основний дохід</i>				

Bei Unterbringung im Heim/ in einer besonderen Wohnform: Wann und von wo wurde zum ersten Mal in das Heim/ die besondere Wohnform umgezogen? \_\_\_\_\_

*У разі проживання в державному прихистку/особливому типі житла: коли і звідки ви вперше переїхали в прихист/особливий тип житла?*

Es werden Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt seit \_\_\_\_\_ vom Landratsamt/ Stadt \_\_\_\_\_.  
*Допомога в інтеграції надається з \_\_\_\_\_ від влади області /міста*

Wie wird derzeit der Lebensunterhalt bestritten? \_\_\_\_\_  
*Як на даний момент отримуються засоби для існування?*

Wurde bereits früher Sozialhilfe oder Grundsicherung bezogen?  nein  ja  
*Чи отримували ви раніше соціальну допомогу чи базове забезпечення? ні так*  
Falls ja, von welcher Behörde? \_\_\_\_\_  
*Якщо так, то яким органом?*

**Hinweise:**

**Підказки:**

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder des gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit Ihrem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).  
*Щоб прийняти належне рішення щодо вашої заяви, необхідні відомості та документи. Тому просимо вас уважно заповнити заяву. Правильність підтверджується підписом відповідної особи або законного представника з останньої сторінки. Збір даних у зв'язку з вашою заявою відбувається відповідно до § 67a, параграф 2 речення 1 SGB X. Подальша обробка даних відбувається відповідно до § 67b, параграф 1 SGB X. Ваше зобов'язання співпрацювати впливає з § 60, параграф 1 SGB I. Щоб запобігти зловживанням, деяка ваша інформація автоматично порівнюватиметься з інформацією, яку ви могли надати іншим постачальникам послуг (§ 118 SGB XII).*

**Bankverbindung, auf welche die Leistung überwiesen werden soll:**

**Банківські реквізити, на які необхідно перерахувати допомогу:**

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ Handelt es sich um ein Pfändungsschutzkonto?  ja  nein  
*Цей рахунок захищений від арешту? так ні*

**Erklärung:**

**Пояснення:**

**Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen haben.**

Mir ist bekannt, dass die beantragte Sozialhilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§263 StGB). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen muss ich erstatten (§§45, 50 SGB X, §103 SGB XII). Zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen können auch Kontendaten beim Bundeszentralamt für Steuern in einem Kontenabrufverfahren gemäß §93 Absatz 8 Abgabenordnung im elektronischen Verfahren eingeholt werden. Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche an Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet werden und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe

mitteile.

**Я підтверджую, що вищенаведена інформація є правдивою і що я нічого не приховував.**

*Мені відомо, що у виплаті запитуваної соціальної допомоги може бути відмовлено повністю або частково, якщо я не буду співпрацювати. Якщо я надам неповну або неправдиву інформацію, мене може бути притягнуто до відповідальності (§263 StGB). Я маю відшкодувати несправедливо отримані соціальні виплати (§§45, 50 SGB X, §103 SGB XII). Щоб перевірити відповідність вимогам, дані облікового запису можна також отримати у Федеральному центральному податковому управлінні за допомогою процедури пошуку облікового запису відповідно до розділу 93, параграф 8 Фіскального кодексу в електронній формі. Я знаю, що мої позови до третіх осіб (наприклад, аліменти) передаються до служби соціального захисту і що вимоги про відшкодування можуть бути пред'явлені до інших постачальників послуг (наприклад, допомога по безробіттю, допомога по хворобі, пенсія).*

*Я прямо підтверджую, що мене повідомили про те, що я негайно повідомлю надавача допомоги без запитів про будь-які зміни в сім'ї, доходах та матеріальних обставинах, тимчасову відсутність за місцем проживання.*

**Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.**

**Також безпосередньо перед початком роботи повідомляю про початок будь-якої роботи, в тому числі й випадкової тощо.**

*Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialhilfverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialhilfverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen. Sind die Voraussetzungen für die Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.*

*Інформація про заявника, яку лікар або інша конфіденційна особа надала управлінню соціального захисту, захищається законодавством про захист даних навіть суворіше, ніж інші дані. Якщо адміністрація соціального захисту отримала цю інформацію у зв'язку з оцінкою для надання соціальних виплат або видачею довідки, вона може передати цю інформацію в окремих випадках, але не в разі заперечення відповідної особи (стаття 76 (2).) № 1 SGB X). Я взяв до уваги це право на заперечення. Якщо вимоги щодо соціального забезпечення жертв війни виконуються, подається заявка на цю допомогу та надається схвалення відповідно до розділу 54 (2) Постанови про благополуччя для жертв війни (виконання за посадою).*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum  
Місце, дата

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller, bzw. gesetzlicher Vertreter  
Підпис заявника або законного представника

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift EhepartnerIn/LebenspartnerIn/PartnerIn  
einer eheähnlichen Gemeinschaft  
Підпис чоловіка/дружини/ партнера заявника

