



Az.:

Antragsteller

Hinweis:

Falls eine einzelne volljährige Person eine getrennte Erfassung ihrer Daten wünscht, können die Daten in einem weiteren Antrag auf Leistungen eingetragen werden. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch -Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt werden. Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Leistungen entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 5 zu unterschreiben. Nachweise und Belege sind in diesem Antrag auf Verlangen vorzulegen oder es ist ihrer Vorlage zuzustimmen. Originalunterlagen erhalten Sie zurück.

PZ 2
 ОТЕЦ
 СПРУТ
 СПУТНИК
 ПАРТНЕР

Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen	PZ 1 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ж		PZ 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ж		PZ 3 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ж	
	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
	ЗАЯВИТЕЛЬ/ЗАЯВИТЕЛЬНИЦА (PZ = Personenziffer) ЛИЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ К ГРУППЕ Antragsteller(in)		Vater bei unverh. Minderjährigen Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) Lebenspartner(in) im Sinne des Partnerschaftsgesetzes Partner(in) in eheähn. Gemeinschaft		Mutter bei unverheirateten Minderjährigen MАТЬ (ПРИ НЕСОВЕРШЕННО ЛЕТНЕМ) (Art der Beziehung zum HS) ВИД ОТНОШЕНИЯ К ЗАЯВИТЕЛЮ	
Familienname, auch Geburtsname, Vorname	ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ДЕВУЧИЬ ФАМИЛИЯ		— —		— —	
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort Telefon (freiwillig)	УЛИЦА, № ДОМА, ПОЧТОВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ, ГОРОД, ТЕЛЕФОН					
Geburtsdatum Geburtsort und -Kreis	ДАТА И МЕСТО РОЖДЕНИЯ — —					
Familienstand	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ С... (ДАТА) seit — —					
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige(r)		<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige(r)		<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige(r)	
Staatsangehörigkeit	ГРАЖДАНСТВО — —					
bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status	СТАТУС ПРАВА ПРЕБЫВАНИЯ В ГЕРМАНИИ					
bei 15 – 64 Jährigen: Schulabschluss, Berufsabschluss, ausgeübte Tätigkeit Falls arbeitslos, seit wann? Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit	У 15-ТИ — 64 ЛЕТНИХ ШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПРОФЕССИОН. ОБРАЗОВАНИЕ КЕМ РАБОТАЛ, ЕСЛИ БЕЗРАБОТНЫЙ С КАКОГО ВРЕМЕНИ? БИРЖА ТРУДА?					
Vormund / Betreuer (Kopie der Bestellungsurkunde beifügen) Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort Telefon (freiwillig)	ОПЕКУН / РУКОВОДИТЕЛЬ (КОПИЮ АКТА ПРИЛОЖИТЬ) АДРЕС: УЛИЦА, № ДОМА, ПОЧТОВОЕ ОТА, ГОРОД, ТЕЛЕФОН					
Schwerbehindertenausw. (Ausweiskopie beifügen) Antrag gestellt?	Datum	Grad der Behinderung	Datum	Grad der Behinderung	Datum	Grad der Behinderung
ИНВАЛИДНОСТЬ	ДАТА	СТЕПЕНЬ ИНВАЛИДНОСТИ	— —	— —	— —	— —
Bei geschiedenen oder getrennt leb. Ehegatten	Urteil o.ä. vom Gericht in		ДА/НЕТ		ДА/НЕТ	
	ДЛЯ РАЗВЕДЕННЫХ, ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩИХ СУДЕБНОЕ РЕШЕНИЕ №					

Weitere minderjährige Personen im Haushalt

НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ В СЕМЬЕ

Pers. Verhältnisse	PZ 4 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ж		PZ 5 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ж		PZ 6 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ж	
	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Familienname, auch Geburtsname Vorname	ФАМИЛИЯ, ДЕВУЧИЬ ФАМИЛИЯ (ФАМИЛИЯ ПРИ РОЖДЕНИИ)					
Geburtsdatum Geburtsort und -Kreis	ДАТА И МЕСТО РОЖДЕНИЯ					
Familienstand	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ С... (ДАТА) seit					
Persönliche Stellung zum Hilfesuchenden	ОТНОШЕНИЕ К СОИСКАТЕЛЮ ПОМОЩИ					
Staatsangehörigkeit	ГРАЖДАНСТВО					
bei Ausländern - aufenthaltsrechtlicher Status	СТАТУС ПРЕБЫВАНИЯ В ГЕРМАНИИ					
bei 15 – 64 Jährigen: Schulabschluss, Berufsabschluss, ausgeübte Tätigkeit Falls arbeitslos, seit wann? Kunden-Nr. - Agentur für Arbeit	ШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КЕМ РАБОТАЛ ЕСЛИ БЕЗРАБОТНЫЙ С КАКОГО ВРЕМЕНИ... БИРЖА ТРУДА?					



Az.:

Antragsteller

I. Volljährige Personen im Haushalt (soweit nicht auf Seite 1 aufgeführt)

Familienname, Vorname	Geburtsdatum	Persönliche Stellung zum Hilfesuchenden	Bestreitet den Lebensunterhalt selber
ВЗРОСЛЫЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ ЕСЛИ НЕ ВНЕСЕНЫ НА СТ. 1	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ОТНОШЕНИЕ К ЗАЯВИТЕЛЮ	ДА <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein НЕТ
			ДА <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein НЕТ
			ДА <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein НЕТ

II. Unterhaltsberechtigte/unterhaltungspflichtige Personen außerhalb des Haushaltes (wie: leibliche Kinder/Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Lebenspartner) **СОБСТВЕННЫЕ, ПРИЕМНЫЕ ДЕТИ, РОДИТЕЛИ, РАЗВЕДЕННЫЕ СУПРУГИ И Т.Д.)**

Familienname, Vorname	Geburtsdatum	Persönliche Stellung (z.B. zu PZ 01: Sohn)	Anschrift
ФАМИЛИЯ, ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ОТНОШЕНИЕ К ЗАЯВИТЕЛЮ	АДРЕС:
		НАПРИМЕР:	
		СЫН	

III. Bei Kindern nicht miteinander verheirateter Eltern

РАЗМЕР УСТАНОВЛЕННОГО ПОСОБИЯ

PZ	Name und Anschrift des unterhaltungspflichtigen Elternteiles	Vaterschaft anerkannt vor/festgestellt durch/am	Bei Unterhaltsbeistandschaft: Name, Anschrift des Jugendamtes	Höhe des festgesetzten mtl. Unterhaltsbeitrages
	ФАМИЛИЯ И АДРЕС РОДИТЕЛЕЙ, ОБЯЗАННЫХ ОКАЗЫВАТЬ МАТЕРИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ	ПРИЗНАННОЕ ОТЦОВСТВО КЕМ, КОГДА	В СЛУЧАЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИКЕНТОВ. АДРЕС И НАИМЕНОВАНИЕ ВЕДОМСТВА ПО ДЕЛАМ МОЛОДЕЖИ	СУММА ДАТА

IV. Aufenthaltsverhältnisse

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕБЫВАНИЕ

ВСЕ

НЕТ

Zugezogen am	Zuzug einzelner Personen	Wurde bereits Leistungen nach dem AsylbLG erbracht?	bis	Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe (ggf. Aufenthalt in einer Einrichtung, z.B. Krankenhaus, Heim, Justizvollzugsanstalt)	In (Zeiten, Orte ggf. mit Kreiszugehörigkeit, lückenlos angeben)	Stationäre Einrichtung	Übergangseinrichtung
КОГДА ПРИБЫЛИ ПЕРСОНАЛЬНО	ПРИБЫТИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЕ КТО am КОГДА PZ KTO am КОГДА	ПОЛУЧАЛИ ЛИ ПОСОБИЕ РАНЕЕ?	ДО...	ПОКАЗАТЬ ВРЕМЯ И МЕСТО БЕЗ ПЕРЕРЫВОВ	ПРЕБЫВАНИЕ В СТАЦИОНАРЕ		
				МЕСТО ВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ			
КЕМ ОПЛАЧИВАЛОСЬ ВАШЕ ПРЕБЫВАНИЕ ЕСЛИ ВЫПИСАНЫ ИЗ БОЛЬНИЦЫ, КОГДА?				ДЕЙСТВИТЕЛЬНО В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА С МОМЕНТА ПЕРЕХОДА ГРАНИЦЫ ЛИЦОМ РОЖДЕННЫМИ			

V: Bei Übertritt eines außerhalb des Geltungsbereiches des SGB XII geborenen Hilfesuchenden aus dem Ausland und Hilfebedürftigkeit innerhalb eines Monats nach dem Übertritt

PZ	Tag und Ort des Übertritts	PZ	Tag und Ort des Übertritts
	ДЕНЬ И МЕСТО ПЕРЕХОДА ГРАНИЦЫ		ДЕНЬ И МЕСТО ПЕРЕХОДА ГРАНИЦЫ.

VI. Sind Angehörige durch Kriegsereignisse gefallen, vermisst bzw. verstorben oder in Ausübung des Wehr-/Zivildienstes, durch Gewalttaten, durch Impfschäden geschädigt bzw. verstorben? Sind Angehörige von rechtsstaatswidrigen Entscheidungen der ehemaligen DDR betroffen?

Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis, letzter Familienstand
РОДСТВЕННИКИ ПОГИБШИЕ, ПРОПАВШИЕ БЕЗ ВЕСТИ ИЛИ УМЕРШИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЙНЫ ИЛИ ПРИ ИСПОЛНЕНИИ СЛУЖЕБНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ, ПРИ АКТАХ НАСИЛИЯ, ИМЕЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ИЛИ УМЕРШИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИВИВОК. РОДСТВЕННИКИ, ЗАТРОНУТЫЕ РЕШЕНИЯМИ, НАРУШАВШИМИ ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА В БЫВШЕЙ ГДР



Az.: _____ Antragsteller _____

VII. Kranken-/Pflegeversicherung der Personen im Haushalt МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ / СТРАХ. ПО УХОДУ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ

PZ	Leistungsträger usw. (genaue Anschrift), Versicherungsnummer СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ (АДРЕС) № СТРАХОВКИ	Art der Versicherung <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	Mitgliedschaft	
			von - bis (falls Enddatum bekannt)	besteht seit
			ЧЛЕНСТВО	
			ОТ... ДО...	СУЩЕСТВУЕТ
			ЕСЛИ ИЗВЕСТНА С... (ДАТА)	ДАТА ОКОНЧАНИЯ

VIII. Einkommen ДОХОДЫ ПРИЛОЖИТЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ВАШИХ ДОХОДОВ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ

Kein Einkommen - Hier sind die Personenziffern (PZ) einzutragen, die kein Einkommen haben!
PZ: _____ PZ: _____ PZ: _____ PZ: _____ PZ: _____ PZ: _____ PZ: _____ <<<<<<

УКАЖИТЕ НОМЕРА (ИЗ СПИСКА ВЫШЕ) ТЕХ ЛЮДЕЙ У КОТОРЫХ НЕТ ДОХОДОВ		Bitte Einkommensnachweise für 12 Monate vorlegen!	
Nachfolgend bitte die einzelnen Einkommen eintragen, und zwar bezogen auf jede Person (PZ)	Hilfesuchen- de(r) ЗАЯВИТЕЛЬ	Weitere Personen ДРУГОЙ ЧЛЕН СЕМЬИ	Sofern Währungsangaben nicht in Euro erfolgen, bitte die entsprechende Währung angeben. ЕСЛИ НЕ ВЪЕ, УКАЖИТЕ ДРУГУЮ ВАЛЮТУ
Nichtselbstständige Tätigkeit (Nettoerwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung) РАБОТА ПО НАЙМУ, ПОСОБИЕ НА ОБРАЗОВАНИЕ			ПОСОБИЕ НА СОДЕРЖАНИЕ ПОСОБИЕ ПО УХОДУ КОМПЕНСАЦИОННАЯ ПЕНСИЯ
Krankengeld (einschl. Arbeitgeberzuschuss) БОЛЬНИЧНЫЙ (ВКЛ. ДОПЛАТЫ РАБОТДАТЕЛЯ			БАЗОВОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ИЩУЩИХ РАБОТУ, ПОСОБИЕ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
Land- und Forstwirtschaft СЕЛЬСКОЕ И ЛЕСНОЕ ХОЗ-ВО			
Gewerbebetrieb КОММЕРЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ			ПОСОБИЯ НА ЖИЛЬЕ ДОПЛАТА ЗА АРЕНДУ
Sonstige selbstständige Tätigkeit ПРОЧЕЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО			ПОСОБИЯ НА ДЕТЕЙ ПОСОБИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ
Kapitalvermögen КАПИТАЛ			
Vermietung und Verpachtung (siehe Rentabilitätsberechnung) СДАЧА В АРЕНДУ			ПОСОБИЯ НА ОБУЧЕНИЕ
Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Altersruhegeld, Unfallrente, Landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Kindererziehungsleistung, Sonstige Renten / Pensionen) ВСЕ ВИДЫ ПЕНСИЙ - НЕРАБОТСПОСОБНОСТЬ - ИНВАЛИДНОСТЬ - ПО СТАРОСТИ И Т.Д.			АЛИМЕНТЫ ПОСОБИЕ ДЛЯ СЛЕПЫХ, ГЛУХИХ ПОСОБИЯ КАСКИ ПО УХОДУ
Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) БАЗОВОЕ ПОСОБИЕ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПО ВОЗРАСТУ И НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ			ДОПЛАТЫ НА ПИТАНИЕ ПРОЖИВАНИЕ, КАРМАННЫЕ ДЕНЬГИ, ПОСОБИЕ ПО УХОДУ
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (z.B. Grundrente, Elternrente) БАЗОВАЯ ИЛИ РОДИТЕЛЬСКАЯ ПЕНСИЯ			ЛЬБОТЫ ДЛЯ ЛИЦ ИЩУЩИХ УБЕЖИЩА ВОЗМЕЩЕНИЕ НАЛОГОВ ПРОЧИЕ ДОХОДЫ

IX. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge und besondere finanziellen Belastungen ВЫЧИТАЕМЫЕ СУММЫ И СПЕЦИАЛЬНЫЕ ФИНАНСОВЫЕ СБОРЫ ПОЖАЛУЙСТА ПРЕДОСТАВЬТЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА

Absetzbare Beträge	Hilfesuchen- de(r)	Weitere Person PZ	Absetzbare Beträge	Hilfesuchen- de(r)	Weitere Person PZ
МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА Krankenversicherung	ЗАЯВИТЕЛЬ	ЧЛЕНЫ СЕМЬИ	ПРАВОВАЯ СТРАХОВКА Rechtsschutzversicherung	ЗАЯВИТЕЛЬ	ЧЛЕНЫ СЕМЬИ
СТРАХОВКА ПО УХОДУ Pflegeversicherung			АВТОСТРАХОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ PKW-Haftpflichtversicherung		
ПЕНСИОННАЯ СТРАХОВКА Rentenversicherung			АУЩЕДИТ Aufwendungen - Arbeitsmittel		
ПЕНСИОННЫЕ ВЗНОСЫ Altersvorsorgebeiträge			БЕДНОСТНОЕ ПОСОБИЕ Beiträge für Berufsverbände		
Unfallversicherung СТРАХОВАНИЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ			ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РАСХОДЫ НА ДВОЙНОЕ ДОМОХОЗЯЙСТВО Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung		
Sterbeversicherung СТРАХОВАНИЕ СМЕРТИ			СТОИМОСТЬ ПРОЕЗДА - ОБЩЕСТВЕННЫМИ ТРАНСПОРТОМ Fahrtkosten zur Arbeitsstelle - mit öffentl. Verkehrsmitteln		
Lebensversicherung СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ			- АВТОМОБИЛЕМ - mit PKW		
Hausratversicherung СТРАХОВАНИЕ ЖИЛЬЯ			- МОТОЦИКЛОМ - mit Motorrad		
Haftpflichtversicherung СТРАХОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ			- МОТОРОЛЕВЫМ - mit Mofa		
Berufsunfähigkeitsversicherung СТРАХОВАНИЕ ПО ИНВАЛИДНОСТИ			ПРОЧИЕ РАСХОДЫ Sonstige absetzbare Beträge		
PZ	Ggf. Begründung der Notwendigkeit, insbes. bei Fahrtkosten (Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte) und sonstigen absetzb. Beträgen) ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ОПЛАТЫ СТОИМОСТИ ПРОЕЗДА (РАССТОЯНИЕ ОТ ДОМА ДО РАБОТЫ)				

-Sofern Währungsangaben nicht in EURO sind, bitte Währung angeben!-



Az.: _____ Antragsteller _____

НАЛИЧНЫЕ СРЕДСТВА (СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ И РАСЧЕТНЫЕ СЧЕТА) И ДРУГИЕ АКТИВЫ - ПОДТВЕРДИТЕ ДОКУМЕНТАЛЬНО
X. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen – Bitte Nachweise vorlegen!

Hier sind die PZ einzutragen, bei denen kein Bargeld, Guthaben oder sonstiges Vermögen vorhanden ist.

PZ	PZ	PZ	PZ	PZ	PZ	PZ	PZ	←←← Kein Vermögen! НЕТ СРЕДСТВ	
				Hilfesuchender ЗАЯВИТЕЛЬ	Weitere Personen ДРУГИЕ ЧЛ. СЕМЬИ			Hilfesuchender ЗАЯВИТЕЛЬ	Weitere Personen ДРУГИЕ ЧЛ. СЕМЬИ
				Bargeld НАЛИЧНЫЕ ДЕНЬГИ				Hauseigentum ДОМОВАЛАДЕНИЕ	
				Bank-/Sparguthaben (einschl. Vermögenswirksame Leistungen)	СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ И РАСЧЕТНЫЕ СЧЕТА И КАПИТАЛОБРАЗУЮЩЕЕ ИМУЩЕСТВО			Sonstiger Grundbesitz ДРУГОЕ ИМУЩЕСТВО	
				Wertpapiere	ЦЕННЫЕ БУМАГИ			Kraftfahrzeug(e) АВТОМОБИЛЬ	
				Forderungen				Sonstiges Vermögen ПРОЧИЕ АКТИВЫ	
				Lebensversicherungen (Rückkaufwert)	СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ (СУММА ВОЗВРАТА)			Staatlich geförderte private Altersvorsorge	ЧАСТНОЕ ПЕНСИОННОЕ СТРАХОВАНИЕ ПОДДЕРЖИВАЕМОЕ ГОСУДАРСТВОМ
				Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Verhandlung aufnehmen)	
				Wenn nein, hat eine Übertragung vor mehr als 10 Jahren stattgefunden?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Verhandlung aufnehmen)	

ЕСЛИ НЕТ, ИМЕЛ ЛИ МЕСТО ПЕРЕВОД БОЛЕЕ 10 ЛЕТ НАЗАД?

XI. Kosten der Unterkunft (bei Haus-/Wohnungseigentum siehe Rentabilitätsberechnung) - Bitte Nachweise vorlegen

СТОИМОСТЬ ЖИЛЬЯ ПРИЛОЖИТЬ ДОКУМЕНТЫ

Kaltmiete (Betrag) АРЕНДА (СУММА)	Nebenkosten (Betrag), soweit nicht in der Miete enthalten (z.B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung)	ОСВЕЩЕНИЕ, ВОДА, УБОРКА ЛЕСТНИЦЫ, КОММУНАЛЬНЫЕ ХОУСЫ И ОТОПЛЕНИЕ	Fälligkeit Neben- & Heizkostenabrechnung	Kosten der Unterkunft (monatlicher Betrag)
Wohnungsgröße ПЛОЩАДЬ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ	Gesamt – qm ВСЕГО - М²	Anzahl der Räume ИЗ НИХ СДЕЛЕТСЯ	davon untervermietet → leer ПУСТУЮЩИЕ ПОМЕЩЕНИЯ	Wohnung (Miet-/Lastenzuschuss) bewilligt bis АРЕНДА НА СЪЕМ ЖИЛЬЯ НА КАКОЙ СРОК? СУММА В МЕСЯЦ
Vermieter (Name und Anschrift, Geschäftszeichen) ДОМОВАЛАДЕЛЕЦ (ИМЯ, АДРЕС,	Heizungsart СПОСОБ ОТОПЛЕНИЯ	Energieart ЭЛЕКТРО-ПОЧТОВОЙ ТОК, МАЗУТ, ГАЗ, ВОДА	Darin Kochfeuerung enthalten? ИМЕЕТСЯ	Einnahmen aus Untervermietung (monatlicher Betrag) ДОХОД ОТ СУБАРЕНДЫ
Heizungspauschale (soweit nicht in der Miete untrennbar bzw. in den Hauslasten enthalten) (monatlicher Betrag)	ohne Warmwasserbereitstellung БЕЗ НАГРЕВА ТЕПЛОЙ ВОДЫ	zu zahlen an (auch Kundennummer) К ОПЛАТЕ ТАКОМУ-ТО (НОМЕР КЛИЕНТА)	Stoimost' otopleniya (если не включено в аренду) СТОИМОСТЬ ОТОПЛЕНИЯ (ЕСЛИ НЕ ВКЛЮЧЕНО В АРЕНДУ)	Zahl der Personen im Haushalt (falls abweichend von Personenanzahl auf S. 1) КОЛИЧЕСТВО ЧЛЕНОВ СЕМЬИ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ СТ. 1)
Mieter der Wohnung АРЕНДАТОР КВАРТИРЫ				

XII. mögliche Ansprüche bzw. beantragte Leistungen **ВОЗМОЖНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ И ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОСОБИЯ**

- Rentenversicherung **ПЕНСИОННАЯ СТРАХ.** Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) (z.B. Leistungen der Kriegsopferfürsorge, Leistungen für Impfgeschädigte, für Opfer von Gewalttaten) **ПОСОБИЯ ЖЕРТВАН**
- Krankenversicherung **МЕД. СТРАХОВКА** Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Erbansprüche, Schadensersatzansprüche, Versorgungs-, Zugewinnausgleich, Beihilfeanspruch, Unterhaltssicherung, Lastenausgleichleistungen, Entschädigungsrente, Häftlingshilfe **ДЕТКИЕ ПОСОБИЯ, БАЗОВЫЕ ПОС. ПО ВОЗРАСТУ, КОМПЕНСАЦИИ**
- Pflegeversicherung **СТРАХОВКА ПО УХОДУ**
- Unfallversicherung **СТР. ОТ НЕСЧАСТН. СЛУЧ.**
- Lebens- und Sterbeversicherung **СТР. ЖИЗНИ**
- Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) **БАЗОВЫЕ ПОСОБИЯ НА ПОСОБИЯ, ПО ВОЗРАСТУ, НА КВАРТИРУ И Т.П.**
- Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III)

PZ	lfd. Nr.	Versicherungs-/Leistungsträger bzw. Schuldner usw. (genaue Anschrift) ПОСТАВЩИКИ СТРАХОВЫХ РЕНТЕН- ОДЕР АКТЕНЗЕЧЕН УСЛУГ, ДОЛЖНИКИ	Bemerkungen ПРИМЕЧАНИЯ - z.B. Art des Anspruchs (s. oben), Versicherungssumme, Fälligkeitstag, Versichertenzeiten	Leistung beantragt am
	1	ТОЧНЫЙ АДРЕС	НАПРИМЕР: ТИП ПРЕТЕНЗИЙ	ПОСОБИЕ
	2	ПЕНСИИ ИЛИ НОМЕР ДЕЛА	СТРАХОВАЯ СУММА, СРОК ВЫПЛАТ	ЗАПРОШЕНО
	3		ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ	
	4			

Antragsbegründung und besondere finanzielle Belastungen (ggf. auf gesonderter Seite fortsetzen)
ОБОСНОВАНИЕ ЗАЯВКИ И ОСОБЫЕ ФИНАНСОВЫЕ ЗАТРАТЫ

Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen: **НАЗНАЧЕННЫЕ ПОСОБИЯ ПРОШУ ВЫПЛАЧИВАТЬ НА СЧЕТ №, НОМЕР БАНКА, СБЕРКАССА/БАНК/ПОЧТОВЫЙ ЖИРОБАНК**



Az.:

Antragsteller

Erklärung der antragstellenden Person

Ich habe die Hinweise zum Antrag gelesen. **Я ПРОЧИТАЛ ПРИМЕЧАНИЯ К ПРИЛОЖЕНИЮ.**
Die im Antrag genannten Personen erhalten ebenfalls die Gelegenheit, die Hinweise zu lesen.
ЛИЦА, УКАЗАННЫЕ В ЗАЯВЛЕНИИ ТАКЖЕ ОЗНАКОМЛЕНЫ С ЗАЯВЛЕНИЕМ.

Den Antrag auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbIG) mit seinen Angaben habe ich für mich und für die mit mir in einem Haushalt zusammenlebenden minderjährigen Kinder wahrheitsgemäß ausgefüllt.

МНОИ ЗАПОЛНЕНО ЗАЯВЛЕНИЕ О ДРУГИХ ЛЮДЯХ, ПОТОМУ ЧТО У МЕНЯ ЕСТЬ ОПЕКУНСТВО
Die Angaben zu den anderen Personen habe ich ausgefüllt, weil ich sorgeberechtigt bin **ИЛИ ДОВЕРЕННОСТЬ**,
bzw. mir Vollmacht erteilt wurde.

ДРУГИЕ ЛЮДИ ПОДТВЕРДИЛИ СВОЮ ИНФОРМАЦИЮ СВОИМИ ПОДПИСЯМИ ИЛИ ЗАПОЛНИЛИ
Andere Personen haben ihre Angaben durch ihre Unterschrift (unten) bestätigt **ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАЯВЛЕНИЯ**
oder einen eigenen Vordruck ausgefüllt.

Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werden die Unterzeichner die Änderungen **unverzüglich und unaufgefordert** dem Amt für soziale Sicherung und Integration Düsseldorf mitteilen. **ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ НЕОБХОДИМО СРАЗУ СООБЩИТЬ**
Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen. **ЭТО ТАКЖЕ ОТНОСИТСЯ К ИНФОРМАЦИИ О ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ ЛИЦАХ**

Wurde eine Einwilligungserklärung zur Rücküberweisung unterschrieben und ausgehändigt?
 Ja **ДА** Nein **НЕТ** **ПОДПИСАНО ЛИ СОГЛАСИЕ НА ОБРАТНЫЙ ПЕРЕВОД?**

Bescheide in Angelegenheiten der Leistungen nach dem AsylbIG sollen an die nachstehende Person gesandt werden: **РЕШЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ПОСОБИЙ НАПРАВЛЯТЬ СЛЕДУЮЩЕМУ ЛИЦУ !**

(Familienname, Vorname, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, УЛИЦА, №-ДОМА, ПОЧТОВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ, ГОРОД

Die übrigen Personen werden von dieser Person informiert!

ОСТАЛЬНЫЕ БУДУТ ПРОИНФОРМИРОВАНЫ ЭТИМ ЧЕЛОВЕКОМ!

PZ 1	Datum ДАТА	Unterschrift ПОДПИСЬ

PZ 2	Datum ДАТА	Unterschrift ПОДПИСЬ

PZ 3	Datum ДАТА	Unterschrift ПОДПИСЬ

PZ 4	Datum ДАТА	Unterschrift ПОДПИСЬ

PZ 5	Datum ДАТА	Unterschrift ПОДПИСЬ

PZ 6	Datum ДАТЫ	Unterschrift ПОДПИСЬ



Landeshauptstadt Düsseldorf
Amt für Migration und Integration

Antrag auf Leistungen nach dem
AsylbIG – Seite 6

Az.:

Antragsteller

ОБОСНОВАНИЕ ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ И ОСОБЫЕ ФИНАНСОВЫЕ ЗАТРАТЫ
Antragsbegründung und besondere finanzielle Belastungen

(ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen) **ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОДОЛЖИТЬ НА ОТДЕЛЬНОМ ЛИСТЕ**

Large empty rectangular box for providing the justification and financial details.