

 <p>KVA Kommunales Jobcenter Vogelsbergkreis</p> <p>Bahnhofstr. 49/51 36341 Lauterbach 51/49 شارع بانهورف شتراسه 36341 لاوترباخ</p>	<p>Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)</p> <p>- Arbeitslosengeld II/Sozialgeld -</p> <p>طلب الحصول على إعانات لتأمين نفقات المعيشة وفقاً لقانون الضمان الاجتماعي الكتاب الثاني (SGB II)</p> <p>- إعانة البطالة من النوع الثاني/إعانة اجتماعية -</p>	<p><u>Anlage Kinder</u></p> <p>ملحق الأطفال</p>
---	---	--

1. Antrag stellende Person als Vertretung der Bedarfsgemeinschaft

1. مقدم الطلب بصفته ممثلًا لمجموعة المعيشة المشتركة التكافلية

Vorname/الاسم الأول: _____ Name/العائلة: _____

Geburtsdatum/تاريخ الميلاد: _____ Straße, Hausnummer/رقم المنزل: _____

PLZ, Wohnort/محل/البريدي، الرمز: _____

2. Persönliche Daten der unverheirateten Kinder unter 25 Jahren in Bedarfsgemeinschaft

2. البيانات الشخصية للأطفال غير المتزوجين الأقل من 25 عامًا في مجموعة المعيشة المشتركة التكافلية

Personendaten البيانات الشخصية	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا
Name لقب العائلة			
Vorname الاسم الأول			
Geschlecht الجنس	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w ذكر أنثى	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w ذكر أنثى	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w ذكر أنثى
Geburtsdatum تاريخ الميلاد			
ggf. Geburtsname الاسم عند الميلاد إن وُجد			
Geburtsort محل الميلاد			
Geburtsland بلد الميلاد			
ledig أعزب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit الجنسية			
Aufenthaltstitel gültig bis تصريح الإقامة ساري حتى			
Kundennummer Agentur für Arbeit رقم العميل لدى وكالة العمل الاتحادية			
Sozialversicherungs- Nummer رقم التأمين الاجتماعي			

3. Persönliche Angaben zur Leistungsgewährung

3. البيانات الشخصية اللازمة لمنح الإعانة

Angaben zur Person بيانات حول الشخص	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا
Sind Sie - Ihrer Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage, eine Tätigkeit von mindestens drei Stunden täglich auszuüben?(Angabe erforderlich ab 15) هل أنت قادر - وفقًا لتقديرك الخاص - صحيًا على ممارسة عمل لمدة ثلاث ساعات على الأقل؟ (يلزم إعطاء إجابة للأطفال من 15 عامًا فأكثر)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا Wenn nein, weil إذا كانت الإجابة لا، لأن	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا Wenn nein, weil إذا كانت الإجابة لا، لأن	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا Wenn nein, weil إذا كانت الإجابة لا، لأن
Liegt ein Grad der Behinderung vor? هل توجد درجة للإعاقة؟	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ نعم، درجة الإعاقة	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ نعم، درجة الإعاقة	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ نعم، درجة الإعاقة
Sind Sie Schüler/Student? هل أنت تلميذ في مدرسة/طالب في جامعة؟	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا
Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? هل أكملت تدريبًا مهنيًا؟	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا
Sind Sie in einer beruflichen Ausbildung? هل تتلقى تدريبًا مهنيًا في الوقت الحالي؟	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا

4. Sozialversicherung

4. التأمين الاجتماعي

Kranken- und Pflegeversicherung التأمين الصحي وتأمين الرعاية التمريضية	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا	Kinder unter 25 طفل أقل من 25 عامًا
besteht موجود	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا
Art der Versicherung نوع التأمين	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung تأمين إلزامي <input type="checkbox"/> Familienversicherung تأمين عائلي <input type="checkbox"/> freiwillig versichert تأمين طوعي <input type="checkbox"/> privat versichert تأمين خاص	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung تأمين إلزامي <input type="checkbox"/> Familienversicherung تأمين عائلي <input type="checkbox"/> freiwillig versichert تأمين طوعي <input type="checkbox"/> privat versichert تأمين خاص	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung تأمين إلزامي <input type="checkbox"/> Familienversicherung تأمين عائلي <input type="checkbox"/> freiwillig versichert تأمين طوعي <input type="checkbox"/> privat versichert تأمين خاص
Name und Sitz der Krankenkasse اسم شركة التأمين ومقرها			
Versichertennummer رقم المؤمن عليه			

Bitte in lateinischer Schrift ausfüllen

يرجى كتابة البيانات بالحروف اللاتينية

5. Mehrbedarf (diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, sofern Sie einen Mehrbedarf beanspruchen)
 5. الاحتياج الإضافي (هذه البيانات طوعية وغير مطلوبة إلا إذا كنت تطلب احتياجًا إضافيًا)

Art des Mehrbedarfs نوع الاحتياج الإضافي	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا	Kinder unter 25 طفل أقل من 25 عامًا	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا
bei Schwangerschaft: berechneter Entbindungstermin في حالة الحمل: موعد الولادة المحسوب			
behinderter Mensch erhält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Eingliederungshilfen يحصل الشخص المعاق على إعانات للمشاركة في الحياة العملية أو إعانات اندماج	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا
nicht erwerbsfähig und Ausweis mit Merkzeichen G غير قادر على العمل ولديه بطاقة تحمل العلامة G	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا
kostenaufwändige Ernährung aus medizinischen Gründen تغذية مرتفعة التكاليف لأسباب طبية	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا

6. Einkommensverhältnisse (reicht der Platz für ihre Eintragungen nicht aus, machen Sie die Angaben bitte unter Punkt 9)
 6. ظروف الدخل (إذا كان المكان المخصص لإدخال البيانات غير كافٍ، يرجى إدخال البيانات تحت النقطة رقم 9)

6.1 Kind hat Einkommen aus 1-6. طفل لديه دخل من	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا	Kinder unter 25 أطفال أقل من 25 عامًا	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا
<input type="checkbox"/> Kindergeld إعانة أطفال	€ بيورو	€ بيورو	€ بيورو
<input type="checkbox"/> Unterhalt / Unterhaltsvorschuss إعانة معيشة / إعانة معيشة لطفل يعيش مع أحد والديه	€ بيورو	€ بيورو	€ بيورو
Weiteres Einkommen دخل آخر	€ _____ بيورو	€ _____ بيورو	€ _____ بيورو
Kind hat الطفل	<input type="checkbox"/> kein Einkommen ليس لديه دخل	<input type="checkbox"/> kein Einkommen ليس لديه دخل	<input type="checkbox"/> kein Einkommen ليس لديه دخل

7. Beantragte Sozialleistungen, sonstige Ansprüche Dritten

7. الإعانات الاجتماعية المطلوبة، استحقاقات أخرى للغير

Art der Sozialleistung / Art des Anspruchs نوع الخدمة الإجتماعية / نوع الأحقية	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا
Es wurde Kindergeld / Kinderzuschlag beantragt تم طلب إعانة أطفال / علاوة أطفال خاصة	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا
Weitere Leistungen, die beantragt wurden? هل توجد إعانات أخرى تم طلبها؟ Wenn ja, welche Leistung bei welcher Stelle Datum der Antragstellung für die Zeit إذا كانت الإجابة نعم، ما هي الإعانة ما الجهة المطلوب منها الإعانة تاريخ تقديم الطلب لفترة	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا _____ _____ _____

8. Vermögensverhältnisse (reicht der Platz für ihre Eintragungen nicht aus, machen Sie die Angaben bitte unter Punkt 9)

8. الظروف المالية (إذا كان المكان المخصص لإدخال بياناتك غير كافٍ، يرجى إدخال البيانات تحت النقطة رقم 9)

Vermögen الثروة	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا	Kind unter 25 طفل أقل من 25 عامًا
Vorhandenes Bargeld über 100 Euro أموال نقدية تزيد عن 100 يورو Wenn ja, Betrag إذا كانت الإجابة نعم، المبلغ	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا € _____ يورو	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا € _____ يورو	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا € _____ يورو
Weiteres Vermögen z. B. Sparbücher, -konten, -briefe, Bausparverträge o. ä. ثروات أخرى، على سبيل المثال دفاتر توفير، حسابات توفير، سندات توفير، عقود قروض بناء وما شابه Wenn ja, aktuelles Guthaben/Wert/Summe إذا كانت الإجابة نعم، الرصيد الحالي/القيمة/المبلغ Geldinstitut البنك IBAN رقم الحساب البنكي الدولي	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا € / يورو _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا € / يورو _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein نعم لا € / يورو _____ _____
Kind hat (ohne Girokonto) الطفل (بدون حساب جارٍ)	<input type="checkbox"/> kein Vermögen ليس لديه ثروة	<input type="checkbox"/> kein Vermögen ليس لديه ثروة	<input type="checkbox"/> kein Vermögen ليس لديه ثروة

9. Raum für weitere Angaben

9. مساحة مخصصة للبيانات الإضافية

10. Erklärung zur Vertretungsvermutung nach § 38 SGB II

10. إقرار حول حالة التمثيل وفقاً للمادة 38 من قانون الضمان الاجتماعي الكتاب الثاني

Hiermit erkläre ich, dass die Antrag stellende Person als Mitglied der Bedarfsgemeinschaft berechtigt bzw. bevollmächtigt ist, in meinem Namen und für mich Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II) zu beantragen, für mich sämtliche Bescheide, die im Rahmen der Leistungen nach dem SGB II erlassen werden sowie Leistungen nach dem SGB II entgegenzunehmen und maßgebliche Rechtsbehelfe einzulegen.

أقر بموجب هذا بأن مقدم الطلب بوصفه أحد أفراد مجموعة المعيشة المشتركة التكافلية بحق له أو مفوض بأن يطلب باسمي إعانات لي وفقاً لقانون الضمان الاجتماعي الكتاب الثاني، وأن يستلم بالنيابة عني جميع القرارات، التي تُصدر في إطار الإعانات المقدمة وفقاً لقانون الضمان الاجتماعي الكتاب الثاني وكذلك استلام الإعانات المقدمة وفقاً لقانون الضمان الاجتماعي الكتاب الثاني، وتقديم الطعون القانونية الحاسمة.

Durch diese Erklärung werde ich nicht von meiner Verpflichtung entbunden, sicherzustellen, dass der KVA alle Änderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen oder sonstigen für die Entscheidung über SGB II Leistungen maßgeblichen Tatsachen und Änderungen unverzüglich mitgeteilt und die erforderlichen Unterlagen eingereicht werden.

بهذا الإقرار لا أعفي نفسي من التعهد بضمان إبلاغ المكتب الإداري الكنسي فوراً ومن دون طلب بجميع التغييرات في ظروف الشخصية والاقتصادية أو غيرها من الحقائق والتغييرات المهمة بالنسبة للقرار المتعلق بالموافقة على الإعانات وفقاً لقانون الضمان الاجتماعي الكتاب الثاني، وتقديم المستندات اللازمة.

Das Hinweisblatt für Leistungsbezieher nach dem SGB II habe ich erhalten. Diese Erklärung ist wirksam bis auf schriftlichen Widerruf für alle Verwaltungsverfahren im Zusammenhang mit den Leistungen nach dem SGB II.

لقد حصلت على ورقة إرشادات من تلقى الإعانات وفقاً لقانون الضمان الاجتماعي الكتاب الثاني. يسري هذا الإقرار - حتى إلغائه كتابياً - على جميع الإجراءات الإدارية بالإعانات المقدمة وفقاً لقانون الضمان الاجتماعي الكتاب الثاني.

Volljährige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres:**الأطفال البالغون حتى إتمام 25 عامًا.**

Vorname/الاسم الأول

Name/لقب العائلة

Unterschrift volljähriges Kind bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres/توقيع الطفل البالغ حتى إتمام 25 عامًا

Vorname/الاسم الأول

Name/لقب العائلة

Unterschrift volljähriges Kind bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres/توقيع الطفل البالغ حتى إتمام 25 عامًا

Vorname/الاسم الأول

Name/لقب العائلة

Unterschrift volljähriges Kind bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres/توقيع الطفل البالغ حتى إتمام 25 عامًا