

Antrag 8 **-OA-**

Stand 21.08.2023

Deutsch/Ukrainisch_D-UA

Antrag auf Zustimmung zur Ortsabwesenheit bezüglich erwerbsfähiger leistungsberechtigter Personen ab 15 Jahre

Заява про дозвіл на відсутність

для працездатних осіб, маючих право на отримання пільг, віком від 15 років

<p>Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 – 65 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise finden Sie an unseren Servicestellen und im Internet auf unserer Homepage.</p> <p>Наступні дані є об'єктом суспільної таємниці. Ваші дані збирається на основі розділів 60–65 Першої книги Соціального кодексу (SGB I) і розділів 67а, b, c Десятої книги Соціального кодексу (SGB X) щодо пільг відповідно до SGB II. Ви знайдете інформацію про закон про захист даних у пунктах обслуговування та в Інтернеті на нашій домашній сторінці.</p>	<p>Eingangsstempel des KreisJobCenters Штамп про надходження від KreisJobCenters</p>
---	--

Aktenzeichen	
Номер справи	

Ich beantrage / Wir beantragen die Zustimmung zur Abwesenheit vom „näheren Bereich“ des KreisJobCenters Marburg-Biedenkopf (Ortsabwesenheit) für folgende Personen:

Я подаю заяву / Ми подаємо заяву на дозвіл відсутності в «ближчому районі» районного центру зайнятості Марбург-Біденкопф (місцева відсутність) для наступних людей:

1. Antragstellers*in	
Заявник	
Anrede Звертання	Geburtsdatum Дата народження
Nachname (Familienname) Прізвище	Vorname(n) Ім'я
Straße, Hausnummer Вулиця, номер будинку	
ggf. wohnhaft bei в іншому випадку проживаю у	
Postleitzahl Індекс	Wohnort Місто

2. Weitere Personen der Bedarfsgemeinschaft ab 15 Jahre		
Інші особи у домогосподарстві від 15 років		
Anrede Звертання	Name, Vorname Прізвище, Ім'я	Geburtsdatum Дата народження

3. Zeitraum Період			
Vom 3		Bis По	

4. Grund Причина		(bitte reichen Sie Kopien von Unterlagen ein, wenn solche vorhanden sind, z.B. ärztliche Bescheinigung) (будь ласка, надайте копії документів, якщо такі є, наприклад, медичну довідку)	
<input type="checkbox"/>	4.1. Teilnahme an einer ärztlich verordneten Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation Медичне обстеження або реабілітація		
<input type="checkbox"/>	4.2. Teilnahme an einer Veranstaltung, die kirchlichen oder gewerkschaftlichen Zwecken dient oder im öffentlichen Interesse liegt Участь у заході з релігійною або профспілковою метою або метою, яка має публічне значення		
<input type="checkbox"/>	4.3. Aufenthalt außerhalb des näheren Bereichs, der überwiegend der Eingliederung in Ausbildung oder Arbeit dient und zwar: Перебування за межами постійного місцезнаходження з метою інтеграції до ринку праці або пошуку навчання у формі аусбїлдунга		
<input type="checkbox"/>	4.4. Ausübung einer ehrenamtlichen Tätigkeit Волонтерська діяльність		
<input type="checkbox"/>	4.5. anderer Grund / andere Gründe und zwar (in der Regel maximal 3 Wochen im Kalenderjahr): Dazu gehören auch Ortsabwesenheiten zum Beispiel wegen Verwandtenbesuchen oder Ortsabwesenheiten für die Beantragung/Beschaffung von Unterlagen. Egal ob in Deutschland oder im Ausland. Und es gilt auch dabei die grundsätzliche maximale Dauer von 3 Wochen im Kalenderjahr. інша причина / інші причини, а сама (зазвичай не більше 3 тижнів у календарному році) До цього відноситься відсутність на місці, наприклад, через відвідування родичів або відсутність на місці для подання документів/отримання документів. Не має значення в Німеччині чи за кордоном. Також застосовується базова максимальна тривалість 3 тижні протягом календарного року.		

Wichtige Hinweise:

- Holen Sie die Zustimmung rechtzeitig **VORHER** ein. Wer ohne Zustimmung abwesend ist, hat grundsätzlich keinen Anspruch auf Leistungen und es entfällt auch der Krankenversicherungsschutz.
- Wenn kein wichtiger Grund vorliegt (siehe Nr. 4.5.), dann soll eine Zustimmung für maximal längstens drei Wochen pro Kalenderjahr erteilt werden.
- Wenn Sie bei Nr. 4.5. länger als 3 Wochen pro Kalenderjahr ortsabwesend sind, kann es sein, dass der Leistungsanspruch entfällt und auch der Krankenversicherungsschutz wegfällt. Hierzu zählen auch Aufenthalte im Ausland.
- Nach der Rückkehr melden Sie sich bitte persönlich bei uns zurück.

Важливі вказівки:

- Отримайте згоду завчасно ДО запланованої відсутності. Особа, яка відсутня без згоди, не має права на пільги, її медичне страхування також є недійсним.
- Якщо немає вагомих причин (див. п. 4.5.), згода має надаватися максимум на три тижні у календарному році.
- Якщо ви згідно №4.5. відсутні більше ніж 3 тижні протягом календарного року, можливо, що право на допомогу та медичне страхування більше не діятимуть. Це також включає перебування за кордоном.
- Після повернення зв'яжіться з нами особисто.

<p>Ich/wir versichern, dass die Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Я/ми підтверджуємо, що інформація є повною та правдивою.</p>	
<p>Ich/wir haben folgende Hinweise/Informationen des KreisJobCenters gelesen und zur Kenntnis genommen: (bitte lesen Sie die Informationen, sie sind sehr wichtig): Я/ми прочитали та підтвердили наступні вказівки /інформацію від KreisJobCenter: (будь ласка, прочитайте цю інформацію, вона дуже важлива):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Das Informationsblatt zu Erreichbarkeit und Ortsabwesenheit ➤ Інформаційний лист про доступність та відсутність 	
<p>X</p> <p>_____ Ort/Datum Місто / Дата</p> <p>_____ Unterschrift Antragsteller / Antragstellerin Підпис заявника / заявниці</p>	<p>_____ Ort/Datum Місто / Дата</p> <p>_____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen oder des/der vom Amtsgericht bestellten Betreuers*in Підпис законного представника або судом призначеного опікуна</p>