


**Landkreis Marburg-Biedenkopf**

Fachbereich Integration und Arbeit – KreisJobCenter – Kommunales Jobcenter

**Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II)**  
**(Заява на надання пільг відповідно до Соціального кодексу II (SGB II))**

Deutsch / Ukrainisch (німецька / українська)

Stand 07.08.2024

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 (TT.MM.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 aussuchen. 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)*

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

	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 arbeiten. (Може працювати мінімум 3 годин на день.) <input type="checkbox"/> ja (так) <input type="checkbox"/> nein (ні)	Kann täglich mindestens 3 Stunden arbeiten. (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.)

### 3. Kontakt (Контактні дані)



**Kontaktdaten:** Die Angaben sind freiwillig und können jederzeit widerrufen werden. Wir geben die Kontaktdaten auch nicht an andere weiter.  
**Zustimmung:** Wenn Kontaktdaten (z.B. eine E-Mail-Adresse) angegeben werden, stimme ich/stimmen wir auch einer Kontaktaufnahme und Kommunikation darüber zu (z.B. mit E-Mail); solange, bis ich/wir die Zustimmung widerrufe/n. **Контактні дані:** Інформація є добровільною і може бути відкликана в будь-який час. Ми також не передаємо дані іншим особам. **Погодження:** Якщо я надаю адресу електронної пошти, я також погоджуюсь на те, щоб зі мною зв'язалися/повідомили електронною поштою (доки я не відкличу цю згоду).

### 4. Ich / Wir haben folgendes Einkommen (im Ausland und/oder in Deutschland)

(У мене / нас є наступні доходи (за кордоном і/або в Німеччині))

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei. (Будь-ласка, додайте документи, які це засвідчують.)

### 5. Ich / Wir haben folgendes Vermögen (im Ausland und/oder in Deutschland)

(У мене / нас є наступне майно (за кордоном і/або в Німеччині))

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei. (Будь-ласка, додайте документи, які це засвідчують.)

**6. Unterhaltungspflichtige Angehörige, z.B. Eltern, Ehepartner, Kinder**

*(Родичі, які відповідають за утримання, як-от батьки, чоловік/дружина, діти)*

Bitte hier die Namen, Geburtstage und Adressen eintragen.

*(Будь ласка, вкажіть тут імена, дати народження та адреси)*

**7. Bankverbindung (falls vorhanden, bitte Nachweis beilegen)**

*(Банківські реквізити (за наявності додайте, будь ласка, документ-підтвердження))*

Name der Bank <i>(назва банку)</i>	
BiC	
IBAN	

**8. Besonderheiten, sonstige Angaben *(Особливості, додаткові дані)***

--

**9. Helfer\*innen, Ansprechpartner\*innen, Übersetzungshelfer\*innen (Namen und Kontaktdaten)**

*(Помічники, контактні особи, особи, які допомагали з перекладом (імена та контактні дані))*

--

Ich habe den Antrag verstanden und versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben strafbar mache und dass ich zu Unrecht bezogene Leistungen erstatten muss.

*(Я зрозумів/-ла заяву та запевняю, що наведена вище інформація є повною та правдивою. Я усвідомлюю, що буду притягнутим/-ою до відповідальності в разі надання неповної або неправдивої інформації, і що мені доведеться відшкодувати допомогу, яка була отримана неправомірно.)*

Ich nehme zur Kenntnis: Die Datenerhebung und –verarbeitung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt im Rahmen der Datenschutz-Grundverordnung und der entsprechenden Gesetze. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

*(Я беру до відома: Збір та обробка даних у зв'язку із заявою відбувається в рамках Загального положення про захист даних та відповідних законів. Ваш обов'язок брати участь у цій процедурі впливає з розділу 60, параграф 1 Першої книги Соціального кодексу (SGB I). Якщо ви не дотримуетесь цього зобов'язання, вам може бути відмовлено у клопотанні про соціальну допомогу повністю або частково через відсутність належного сприяння.)*

Sozialleistungen erhält nicht, wer sich selbst helfen kann oder wer die Hilfe von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält.

*(Соціальну допомогу не отримує той, хто може допомогти собі сам, або хто отримує допомогу від інших осіб, особливо від родичів або установ, які надають інші види соціальної допомоги.)*

Es ist Ihre Pflicht, jeden Anspruch auf vorrangige Leistungen geltend zu machen und dem KreisJobCenter (Fachbereich Integration und Arbeit des Landkreises Marburg-Biedenkopf) dies unverzüglich mitzuteilen.

*(Ви зобов'язані заявити про своє право на першочергові пільги та негайно повідомити про це у Районний центр зайнятості, Департамент інтеграції та праці району Марбург-Біденкопф (KreisJobCenter, Fachbereich Integration und Arbeit des Landkreises Marburg-Biedenkopf).)*

Jede Änderung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse sind dem KreisJobCenter (Fachbereich Integration und Arbeit des Landkreises Marburg-Biedenkopf) unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen. Dazu gehören insbesondere Änderungen in den Aufenthalts-, Wohn-, Arbeits-, Einkommens- und Familienverhältnissen sowie Änderungen des ausländerrechtlichen Status von Ihnen und Ihren Kindern.

*(При будь-якій зміні особистих та економічних обставин вам потрібно негайно і добровільно повідомити у Районний центр зайнятості, Департамент інтеграції та праці району Марбург-Біденкопф (KreisJobCenter, Fachbereich Integration und Arbeit des Landkreises Marburg-Biedenkopf). Мова йде, зокрема, про зміну місця перебування, проживання, роботи, доходу та сімейних обставин, а також зміни статусу притулку та міграційного статусу вас і ваших дітей.)*

Unberechtigter Bezug von Sozialleistungen kann strafrechtliche Folgen haben.

*(Неправомірне отримання соціальної допомоги може мати кримінальні наслідки.)*

Ich bestätige, dass ich die Belehrung verstanden habe.

*(Я підтверджую, що зрозумів/-ла роз'яснення.)*

Unterschriften von allen Personen ab 15 Jahre.

*(Підписи всіх осіб старше 15 років.)*

Ort, Datum <i>(місто, дата)</i>	Unterschrift <i>(підпис)</i>

Ort, Datum <i>(місто, дата)</i>	Unterschrift <i>(підпис)</i>

Ort, Datum <i>(місто, дата)</i>	Unterschrift <i>(підпис)</i>

Ort, Datum <i>(місто, дата)</i>	Unterschrift <i>(підпис)</i>