

Հավելված

Քաղաքացիական նպաստ ստացողների սոցիալական ապահովագրություն



Խնդրում ենք համապատասխան կերպով նշել:



Որպես ընդհանուր կանոն, խնդրում ենք չներկայացնել վատատարթերի բերրիակները, այլ պատճենները:



www.jobcenter.digital կայքում կարող եք տեղեկություններ գտնել մեր թվային առաջարկների, SGB II տեղեկատվական թերթիկի և հավելվածի այլ հավելվածների մասին:



Կրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս www.arbeitsagentur.de/nachrichten-sgb2 հասցեով ձևը լրացնելու հրահանգների համապատասխան համարը:

Հետևյալ տվյալները ենթակա են սոցիալական գաղտնիության (տես «Տեղեկատվական թերթիկ SGB II»): Ձեր տեղեկատվությունը հավաքագրվում է Սոցիալական օրենսգրքի (SGB I) Առաջին գրքի 60-65-րդ բաժինների և Սոցիալական օրենսգրքի (SGB X) տասներորդ գրքի (SGB X) 67a, b, c բաժինների վրա հիմնված նպաստների համար՝ համաձայն Երկրորդ գրքի: սոցիալական օրենսգրքը (SGB II): Դուք կարող եք տվյալների պաշտպանության մասին տեղեկություններ ստանալ ձեզ համար պատասխանատու աշխատանքի կենտրոնից, ինչպես նաև առցանց՝ www.arbeitsagentur.de/datenernahme կայքում:

1. Դիմողի անձնական տվյալներ

Ողջույն	Անուն
Ազգանուն	Ծննդյան օր
Համայնքի կարիքների թիվը (եթե առկա է)	

2. Սույն հավելվածի տեղեկատվությունը վերաբերում է հետևյալ անձին.

Կարիքների համայնք 4

Ողջույն	Անուն
Ազգանուն	Ծննդյան օր
Հարկային նույնականացման համարը	
<p>Հարկային նույնականացման համարը պահանջվում է, քանի որ աշխատանքի կենտրոնի կողմից վճարվող առողջության և բուժքույրական խնամքի ապահովագրության տուբսիդիաները պետք է զբերվեն հարկային մարմիններին (Եվամտային հարկի մասին օրենքի § 10 պարբերություն 4-ը նախադասություններ 4-ից 6): Հարցումը կատարվում է բացառապես այս նպատակով:</p>	

3. Առողջության և բուժքույրական խնամքի ապահովագրության

53

սուբսիդավորում ես դիմում եմ սուբսիդավորման համար առողջության և բուժքույրական խնամքի ապահովագրության վճարումների համար:

Ազգանունը <small>առողջության ապահովագրական ընկերությունը</small>	Առողջության ապահովագրության համարը/ Ապահովագրության համարը
Ապահովագրված անձի անունը	
<small>Առողջության ապահովագրական ընկերության ֆինանսական հաստատություն</small>	
Առողջության ապահովագրության հաշվի IBAN	
-ի ամսական գումարը Առողջության ապահովագրության վճարը եվրոյով	-ի ամսական գումարը Բուժքույրական խնամքի ապահովագրության վճարը եվրոյով
Հիմնական սակագնում ներդրման ամսական չափը եվրոյով (միայն մասնավոր ապահովագրության համար)	

Խնդրում ենք ներկայացնել ամսական վճարի չափի ընթացիկ ծանուցման ապացույց
Առողջության և բուժքույրական խնամքի ապահովագրության, ինչպես նաև մասնավոր ապահովագրության համար՝ հիմնական սակագնով վճարվող ներդրման ապացույց:



2 Ա.Վ

Նշումների խմբագրում

Լրացվում է միայն աշխատանքի կենտրոնի կողմից

Մուտքի կնիք

բաժին

թիմը

- Ներդրումների վկայագիր
- Հիմնական սակագնի ներդրման վկայագիր

4. Առողջության և բուժքույրական խնամքի ապահովագրություն, եթե առկա է դիմումի պահին
Քաղաքացու նպաստ ապահովագրություն չկա

Խնդրում ենք լրացնել հետևյալ բաժինը միայն այն դեպքում, եթե դուք կամ մյուս անձը ներկայումս չունեք ոչ պարտադիր օրենքով կամ ընտանեկան ապահովագրություն, ոչ էլ կամավոր կամ մասնավոր առողջության և բուժքույրական խնամքի ապահովագրություն :

- Ես կամ մյուս անձը վերջերս ունեինք մասնավոր առողջության ապահովագրություն:
- Ես կամ մյուսը վերջինն է կամ եղել է
 - լրիվ դրույքով ինքնազբաղված կամ -
 - ապահովագրված կամ հիվանդության դեպքում նպաստ ստանալու իրավունք՝ համաձայն քաղաքացիական ծառայության կանոնակարգերի կամ սկզբունքների (օրինակ՝ քաղաքացիական ծառայողներ, ժամանակավոր զինվորներ և պրոֆեսիոնալ զինվորներ):
- Ես կամ մյուս անձը լրացել էի 55 տարին և մինչև քաղաքացու նպաստ ստանալը վերջին հինգ տարում օրինականորեն ապահովագրված չէի . եղել է առնվազն երկուսուկես տարի
 - ազատված է ապահովագրությունից
 - կամ - ազատված է պարտադիր ապահովագրությունից
 - կամ - ապահովագրության ենթակա չէ լրիվ դրույքով ինքնուրույն գործունեությամբ զբաղվելու պատճառով.

Եթե վերը նշված պայմաններից մեկը վերաբերում է ձեզ կամ մյուս անձին, ապա տվյալ անձը իրավունք ունի Քաղաքացիական նպաստ ստանալու պատճառով անձից չի պահանջվում ունենալ առողջության և բուժքույրական խնամքի ապահովագրություն: Այնուամենայնիվ, դուք կարող եք դիմել սուբսիդավորման համար Բաժին 3-ի համաձայն, եթե դուք կամ մյուս անձը ձեզ մասնավոր կամ կամավոր ապահովագրում եք օրենքով սահմանված

առողջության ապահովագրության մեջ: Եթե վերոհիշյալ պահանջները չեն վերաբերում ձեզ կամ մեկ այլ անձի , դա սովորաբար կիրառվում է Քաղաքացու նպաստ ստանալու պատճառով պարտադիր ապահովագրություն. Խնդրում ենք ընտրել օրենքով նախատեսված առողջության ապահովագրական ընկերություն և ներկայացնել ձեր անդամակցության վկայականը երկու շաբաթվա ընթացքում:

Ես ստացել եմ «Առողջության և բուժքույրական խնամքի ապահովագրության համար ապահովագրական վճարների սուբսիդիա (§ 26 SGB II)» թերթիկը և գիտեմ դրա բովանդակությունը:
Ես տեղեկացված եմ հիմնական սակագնին անցնելու իմ իրավունքի մասին: Ես խոստովանել եմ, որ եթե ապահովագրված լինեմ առողջության և բուժքույրական խնամքի ապահովագրության պլանում նվազեցման չափով և մնամ այս պլանում, ես ինքս պետք է կրեմ նվազեցումները, և դա կարող է հանգեցնել ինձ համար ֆինանսական բեռի:

Ես տեղեկացված եմ, որ որպես մասնավոր առողջության և բուժքույրական խնամքի ապահովագրություն ունեցող անձ, ես ստիպված կլինեմ վճարել ներդրման այն մասը, որը գերազանցում է հիմնական սակագնի կեսը, եթե չօգտվեմ հիմնական սակագնին անցնելու հնարավորությունից: .

Տեղ, ամսաթիվ | Ապահովագրատիրոջ ստորագրությունը
(անչափահասների համար՝ օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը)

Ես կարդացել եմ «Առանց առողջության և բուժքույրական խնամքի ապահովագրության նպաստի իրավունք ունեցողների տեղեկատվական թերթիկը» և տեղեկացել եմ հիվանդության և բուժքույրական խնամքի ռիսկից ապահովագրվելու, ինչպես նաև ապահովագրված չլինելու հետևանքների մասին օրենքով:

Տեղ, ամսաթիվ | Չապահովագրված անձի ստորագրությունը
(անչափահասների համար՝ օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը)

Ես հաստատում եմ, որ տեղեկատվությունը ճիշտ է:

Տեղ, ամսաթիվ | Դիմողի ստորագրությունը (անչափահասների համար՝ օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը)

Նշումների խմբագրում

Կրթվում է միայն այնատեսի կենտրոնի կողմից

Անդամակցության վկայագիր

Թռուցիկ «Սուբսիդիա KV/PV»:

Թռուցիկ «LB առանց KV/PV»:

Հետևյալ Բաժիններ էին Հաճախորդի ներկայությունը Հաճախորդի կողմից կատարված փոփոխությունները.

Ձեռքի նշան, ամսաթիվ

Հաճախորդի ստորագրությունը