



**III. PERSÖNLICHE VERHÄLTNISSE WEITERER PERSONEN IM HAUSHALT**

Leben weitere Angehörige in der Bedarfsgemeinschaft? (z.B. Eltern, Kinder, Verwandte, etc.) ja nein  
 (Sollten mehr als zwei weitere Angehörige in der Bedarfsgemeinschaft leben, füllen Sie bitte Zusatzblatt 4 aus.)

|   | (3)   | (4)   |
|---|---|---|
| Name  |   |   |
| Vorname   |   |   |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller                                 |   |   |
| Geschlecht  | männlich weiblich   | männlich weiblich   |
| Geburtsdatum  |   |   |
| Familienstand   | ledig<br>verheiratet seit _____<br>sonstiges _____ seit _____   | ledig<br>verheiratet seit _____<br>sonstiges _____ seit _____   |
| Staatsangehörigkeit   | _____<br>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, diese bitte als Nachweis beifügen)  | _____<br>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, diese bitte als Nachweis beifügen)  |
| Fiktionsbescheinigung / Aufenthaltserlaubnis                                | vorhanden, <b>Bitte beifügen!</b> nein  | vorhanden, <b>Bitte beifügen!</b> nein  |
| Asylbewerberleistungen erhalten   | ja, Aktenzeichen _____ nein   | ja, Aktenzeichen _____ nein   |
| abgeschlossene Berufsausbildung   | ja, als _____ nein  | ja, als _____ nein  |
| Arbeit / Nebenjob in Deutschland-Name, Anschrift des aktuellen Arbeitgebers |   |   |
| Behinderung   | ja, welche _____ nein   | ja, welche _____ nein   |
| deutsche Krankenversicherung  | ja, bei _____<br>Versichertennummer _____<br>nein, Sie können eine deutsche Krankenkasse wählen.<br>Ich melde mich selbst an.<br>Ich möchte vom Jobcenter bei einer deutschen Krankenkasse angemeldet werden. | ja, bei _____<br>Versichertennummer _____<br>nein, Sie können eine deutsche Krankenkasse wählen.<br>Ich melde mich selbst an.<br>Ich möchte vom Jobcenter bei einer deutschen Krankenkasse angemeldet werden. |

**IV. LEISTUNGEN FÜR BESONDERE MEHRBEDARFE**

Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind:

**Der Antragsteller/Die Antragstellerin oder ein Angehöriger innerhalb der Haushaltsgemeinschaft**

**ist alleinerziehende(r) Mutter/Vater.**

**ist schwanger.** ⇒ Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 (Legen Sie bitte den Mutterpass/ärztliche Bescheinigung als Nachweis vor)

**bedarf aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung.**

**V. WOHNVERHÄLTNISSE/KOSTEN DER UNTERKUNFT**

|   |  |
|---|--|
| Wohnen Sie in einer Gemeinschaftsunterkunft                         | ja nein  |
| Wohnen Sie in einer vom Landkreis Leipzig angemieteten Wohnung      | nein<br>ja, <b>Bitte Kostenbescheid beifügen</b> |
| Wohnen Sie in einer anderen Wohnung, für die Ihnen Kosten entstehen | nein<br>ja, <b>Bitte Mietvertrag beifügen</b>    |
| <b>In der Wohnung leben folgende Personen:</b>                      |  |
| Name, Vorname _____   | Verwandtschaftsverhältnis _____                  |

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

**VI. EINKOMMENSVERHÄLTNISSE DES ANTRAGSTELLERS/DER ANTRAGSTELLERIN UND DER IM HAUSHALT LEBENDEN WEITEREN PERSONEN**

keine der aufgeführten Personen hat Einkommen

folgende Personen haben Einkommen (Einkommen aus Arbeit, Rente, Kapitalerträge o. ä), Bitte entsprechende Nachweise vorlegen (z.B. Verdienstbescheinigung, Rentenbescheid)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ welches Einkommen \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ welches Einkommen \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ welches Einkommen \_\_\_\_\_

**VII. VERMÖGENSVERHÄLTNISSE DES ANTRAGSTELLERS/ DER ANTRAGSTELLERIN UND DER IM HAUSHALT LEBENDEN WEITEREN PERSONEN**

Meine Bedarfsgemeinschaft verfügt über erhebliches und sofort verfügbares Vermögen (Bargeld, Girokonto, Schmuck, Aktien u. a.) über 40.000 Euro sowie 15.000 Euro für jede weitere Person: ja nein

Sonstige Bemerkungen, Erläuterungen zum Antrag

Ich willige ein, dass die für eine mögliche Leistungsgewährung nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) benötigten Informationen vom Ausländeramt an das Kommunale Jobcenter Landkreis Leipzig übermittelt werden dürfen. Die Einwilligung kann durch Erklärung an das Kommunale Jobcenter Landkreis Leipzig z.B. per Mail an [kjc-leistung@lk-l.de](mailto:kjc-leistung@lk-l.de) jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

ja nein

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben richtig sind. Künftige Änderungen insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin \_\_\_\_\_

Folgende Anlagen habe ich beigelegt:

**Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an das Kommunale Jobcenter Landkreis Leipzig:**

@ E-Mail Borna, Frohburg, Geithain, Kitzscher, Kohren-Sahlis, Regis-Breitingen → KJC-Borna@lk-l.de  
Grimma, Bad Lausick, Belgershain, Colditz, Naunhof, Otterwisch, Parthenstein → KJC-Grimma@lk-l.de  
Markkleeberg, Böhlen, Elstertrebnitz, Großpösna, Groitzsch, Markranstädt, Pegau, Rötha, Zwenkau → KJC-Markkleeberg@lk-l.de  
Wurzen, Bennewitz, Borsdorf, Brandis, Lossatal, Machern, Thallwitz → KJC-Wurzen@lk-l.de

☒ Post Landratsamt Landkreis Leipzig, Kommunales Jobcenter, 04550 Borna

Wir bearbeiten jeden Antrag schnellstmöglich. Wenn wir Nachfragen zu Ihrem Antrag haben sollten, kontaktieren wir Sie. **Bitte warten Sie zuerst auf Ihren Bescheid, bevor Sie uns anrufen.**

Nur für **sehr dringende Rückfragen im Zusammenhang mit der Antragstellung nach dem SGB II in deutscher Sprache** können Sie sich an die Telefonnummer 03433 241 5575 wenden.

Коротка заява лише для українських біженців

допомога на підтримку основного доходу після SGB II зі спрощеним доступом

заповнюється органом влади

I. ЗАГАЛЬНІ ДАНІ ЗАЯВНИКА

Прізвище  
Ім'я  
Вулиця, номер будинку  
Поштовий індекс, місце проживання  
номер телефону і/або адресу електронної пошти  
Банківські реквізити (німецький жирорахунок заявника)  
Ім'я власника рахунку  
BIC

**Переклад для інформації – Не є формуляром заяви  
Übersetzung zur Information - Kein Antragsformular**

назва банку

Номер IBAN

II. ОСОБИСТІ ВІДНОСИНИ

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | заявника<br>я неodrужений<br>мати-одиначка/батько   | партнером заявника, напр. подружжя, подружній партнер   |
| Прізвище  |   |   |
| Ім'я  |   |   |
| Стать   | чоловічий Жіночий   | чоловічий Жіночий   |
| Дата народження   |   |   |
| Сімейний стан   | Одинок/ий/а<br>Одружен/ий/а з<br>Інше з   | Одинок/ий/а<br>Одружен/ий/а з<br>Інше з   |
| національність  | (якщо дозвіл на роботу вже надано,<br>будь ласка, додайте це як доказ)  | (якщо дозвіл на роботу вже надано,<br>будь ласка, додайте це як доказ)  |
| Тимчасовий сертифікат<br>дозвіл на проживання   | будь ласка, прикріпіть, якщо є<br>ні  | будь ласка, прикріпіть, якщо є<br>ні  |
| отримувано пільги для шукачів<br>притулку   | так, номер справи   | так, номер справи<br>визвище  |
| Професійна освіта   | так,ким ні  | так,ким ні  |
| Робота / додаткова робота<br>неповний робочий день в<br>Німеччині?<br>Ім'я, адреса поточного<br>роботодавця |   |   |
| Інвалідність  | так, яка ні   | так, яка ні   |
| Німецьке медичне страхування  | так на<br>страховий номер<br>ні, Ви можете вибрати німецьку медичну страхову компанію.<br>Я сама реєструюся.<br>Я хотів би, щоб центр зайнятості зареєстрував мене в німецькій<br>медичній страховій компанії | так на<br>страховий номер<br>ні, Ви можете вибрати німецьку медичну страхову компанію.<br>Я сама реєструюся.<br>Я хотів би, щоб центр зайнятості зареєстрував мене в німецькій медичній<br>страховій компанії |

III. ОСОБИСТА СИТУАЦІЯ ІНШИХ ЛЮДЕЙ У ГОСПОДАРСТВІ

Чи живуть інші родичі в суспільстві потреби? (наприклад, батьки, діти, родичі тощо) так, ні  
(Якщо більше двох інших родичів проживають у спільноті виплат, заповніть додатковий аркуш 4.)

Прізвище  
Ім'я  
Сімейні стосунки із заявником

далі рядки, як вище під II.

IV. ПІЛЬГИ ДЛЯ ОСОБЛИХ ДОДАТКОВИХ ПОТРЕБ

За певних умов послуги можуть надаватися для додаткових потреб, які не охоплюються стандартною послугою:

**Заявник або родич у родині**

**є мати/батько-одиначки/вагітна.**

Прізвище, ім'я

Прохання пред'явити картку материнства/медичну довідку як підтвердження)

**вимагає дорогого харчування за медичними показаннями.**

V. ВИТРАТИ НА ПРОЖИВАННЯ

Проживання в спільному житті/гуртожитку так ні

Живете у квартири, яку орендується районом Лейпцига ні

так, **Будь ласка, надайте повідомлення про оплату витрат!**

Ви живете в іншій квартири, за яку ви несете витрати ні

так, **Будь ласка, надайте договір оренди!**

У квартири проживають такі особи:

Прізвище, ім'я

Сімейні стосунки відносно заявника

VI. ДОХОДИ ЗАЯВНИКА ТА ІНШИХ ЛЮДЕЙ, які проживають у домогосподарстві

жоден із перерахованих осіб не має доходів

Наступні люди мають дохід (дохід від роботи, пенсію, приріст капіталу тощо), будь ласка, надайте відповідні докази (наприклад, довідку про заробіток, повідомлення про пенсію)

Прізвище, ім'я який дохід

VII. ФІНАНСОВЕ СТАНОВИЩЕ ЗАЯВНИКА ТА ІНШІ ОСОБИ В ДОМОГОСПОДАРСТВІ

Моє домогосподарство потреб має значні активи, доступні негайно(готівка, поточний рахунок, коштовності, акції тощо) понад 40 000 євро та так ні

15 000 євро для кожної додаткової особи

Інші коментарі, пояснення до заявки

Я погоджуюсь, що інформація, необхідна для можливого надання допомоги відповідно до другої книги Кодексу соціального страхування (SGB II), може бути передана імміграційною службою до міського центру зайнятості в районі Лейпцига. Згоду можна в будь-який час відкликати на майбутнє, надіславши декларацію до імміграційної служби, наприклад, електронною поштою на адресу kjc-leistung@lk-l.de.

так ні

Я підтверджую, що інформація, яку я надав/ла, правильна. Я повідомлю Вас негайно і без запитань про будь-які майбутні зміни, зокрема щодо сім'ї, доходів та фінансових обставин.

**Я прикріпив/ла наступні вкладення:**

**Будь ласка, надішліть заповнену і підписану до міського центру зайнятості в районі Лейпцига:**

Електронна пошта Борна, Фробург, Гайтайн, Кіцшер, Корен-Сахліс, Періс-Брайтінген

Грімма, Бад-Лаусік, Бельгершайн, Кольдці, Наунхоф, Оттервіш, Партенштейн

Markkleeberg, Böhlen, Elstertrebnitz, Großrönsna, Groitzsch, Markranstädt, Pegau, Rötha, Zwenkau

Вюрцен, Бенневіц, Борсдорф, Брандіс, Лоссаталь, Махерн, Талвіц

\* По пошті міський центр зайнятості району Лейпцига, 04550 Борна

✉ KJC-Borna@lk-l.de

✉ KJC-Grimma@lk-l.de

✉ KJC-Markkleeberg@lk-l.de

✉ KJC-Wurzen@lk-l.de

Ми обробляємо кожну заявку максимально швидко. Якщо у нас виникнуть запитання щодо вашої заяви, ми зв'яжемося з вами. **Будь ласка, дочекайтеся вашої відповіді, перш ніж дзвонити нам.** Ви можете звертатися лише за номером телефону 03433 241 5575 для дуже термінових запитів у зв'язку із заявкою згідно SGB II німецькою мовою.