



Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) für Flüchtlinge aus der Ukraine

Заява на отримання грошової та/або медичної підтримки

Antrag abgegeben: _____

Tag der Antragsstellung: _____

Unterschrift
Annehmende/r: _____

Eingangsdatum Main-Taunus-Kreis:

Senden Sie den Antrag an den:

**Main-Taunus-Kreis
Der Kreisausschuss
Amt für öffentliche
Sicherheit und Ordnung
Am Kreishaus 1-5
65719 Hofheim**

Aktenzeichen: 33.5

Ich beantrage/ Я подаю заяву на:

- finanzielle Unterstützung / фінансову підтримку
- Krankenversicherung / медичну страховку

Erklärung zum Antrag / Обґрунтування заяви:

- Bitte in Deutsch ausfüllen! / **Будь ласка, заповніть німецькою мовою!**
- Dokumente und Nachweise als Scan/ Kopie beifügen! / **Додайте документи та докази як скан/копію!**

Ich habe / wir haben

Я не маю медичної страховки
keine Krankenversicherung

У мене є наступна медична страховка
folgende Krankenversicherung:

keine finanziellen Mittel / У мене немає ніяких фінансових засобів

У мене є готівка в сумі _____ EURO _____ HRYWNJA
Bargeld in Höhe von EURO HRYWNJA bei mir

У мене є наступні активи/ майно:
folgendes Vermögen:

Я маю доступ до своїх іноземних рахунків
Ich habe Zugriff auf meine ausländischen Konten

так ні
ja nein

**Antragsteller / Заявник або заявниця**

Прізвище, Ім'я

Name, Vorname

Дата народження

Geburtsdatum

Місце народження

Geburtsort

Сімейний стан

Familienstand

одружений

verheiratet

холостий

ledig

Адреса в Німеччині

Adresse in Deutschland

Основний орендар/ Родич/і / Інша людина:

Bei Hauptmieter / verwandte/r Person

Контактні дані email:

Kontaktdaten

телефонний номер:

Telefon:

Родичі, які проживають в одному домогосподарстві, яким також потрібна грошова та/або медична допомога (дружина/чоловік, життєвий спутник, діти)

Weitere im gleichen Haushalt lebende Angehörige, für die auch Leistungen beantragt werden (Ehegatte, Lebensgefährtin, Kinder)

1.

Прізвище, Ім'я

Name, Vorname

Дата народження

Geburtsdatum

Місце народження

Geburtsort

Громадянство

Staatsangehörigkeit

Сімейний стан

Familienstand

одружений

verheiratet

холостий

ledig

Відношення до заявника

Stellung zum Antragsteller

дружина/ чоловік

(Ehe)Partner*in

дитина

Kind

2.

Прізвище, Ім'я

Name, Vorname

Дата народження

Geburtsdatum

Місце народження

Geburtsort

Громадянство

Staatsangehörigkeit

Сімейний стан

Familienstand

одружений

verheiratet

холостий

ledig

Відношення до заявника

Stellung zum Antragsteller

дружина/ чоловік

(Ehe)Partner*in

дитина

Kind

3.

Прізвище, Ім'я

Name, Vorname

Дата народження

Geburtsdatum

Місце народження

Geburtsort

Громадянство

Staatsangehörigkeit

Сімейний стан

Familienstand

одружений

verheiratet

холостий

ledig

Відношення до заявника

Stellung zum Antragsteller

дружина/ чоловік

(Ehe)Partner*in

дитина

Kind

Meine Bankverbindung / Мої банківські реквізити:

Kontoinhaber / Власник банківського рахунку: _____
IBAN: _____ BIC: _____

На даний момент у мене немає банківського рахунку в Німеччині, в Україні чи в будь-якій іншій іноземній країні, до якого я можу отримати доступ.
Ich habe aktuell kein Konto in Deutschland, in der Ukraine oder im sonstigen Ausland, auf das ich zugreifen kann.

Я підтверджую, що інформація, яку я надав, правильна. Я повідомлю Вас без запиту та без зволікань про будь-які зміни, зокрема щодо сім'ї, доходів та фінансових обставин. Я даю згоду на збір, зберігання та обробку даних, необхідних для надання послуг.

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffen. Änderungen insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen. Mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten bin ich einverstanden.

Місце і дата _____ Підпис _____
Ort und Datum Unterschrift

Кожна інша особа, яка досягла 15-річного віку та проживає в одному господарстві з Вами

Jede weitere Person der **Bedarfsgemeinschaft**, die das **15. Lebensjahr** vollendet hat

_____	_____	_____	_____
Name	Unterschrift	Name	Unterschrift
Прізвище	Підпис	Прізвище	Підпис

_____	_____	_____	_____
Name	Unterschrift	Name	Unterschrift
Прізвище	Підпис	Прізвище	Підпис

Примітки щодо заяви на отримання грошової та/або медичної допомоги

Hinweise zum Leistungsantrag

Шановна пані, шановний пане,
Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

як біженець із зони бойових дій в Україні, Ви подаєте заяву на отримання допомоги через відсутність коштів та/або медичного страхування.

Sie beantragen als Kriegsflüchtling aus der Ukraine eine Überbrückungshilfe wegen Mittellosigkeit und / oder fehlendem Krankenschutz.

Просимо надіслати необхідні документи поштою або в електронному вигляді.

Ваша претензія може бути визначена та затверджена лише після того, як Main-Taunus-Kreis отримає повні документи!

Bitte übersenden Sie die angeforderten Unterlagen per Post oder auf elektronischen Weg.

Erst mit Zugang der vollständigen Unterlagen beim Main-Taunus-Kreis kann Ihr Anspruch ermittelt und bewilligt werden!

Хочемо зазначити, що Ви зобов'язані надавати правдиву та повну інформацію про всі доходи та майно. Ви також повинні допомогти роз'яснити свою претензію та вказати всі факти, які мають відношення до Вашого фінансового становища. Якщо необхідно, Ви повинні погодитися на надання інформації третіми особами. Крім того, Ви зобов'язані на запит представити докази та надати справки або погодитися на їх подання.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie zur wahrheitsgemäßen und vollständigen Angabe aller Einkommens- und Vermögenswerte verpflichtet sind. Ebenso müssen Sie zur Klärung Ihres Anspruches beitragen und alle Tatsachen angeben, die für die Leistung erheblich sind. Auf Verlangen müssen Sie der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zustimmen. Weiterhin sind Sie verpflichtet, Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Будь ласка надайте нам вище сгадані документи протягом 14 днів з моменту отримання цього листа. Якщо ми не отримаємо документів, це значно ускладнює з'ясування фактів. У цьому випадку Ви не дозволили нам роз'яснити обставини щодо вашого права на грошову та медичну підтримку.

Die o. g. Unterlagen legen Sie uns bitte innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt dieses Schreibens vor. Sofern uns die Unterlagen dann nicht vorliegen, wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert. Sie haben uns in diesem Falle nicht in die Lage versetzt, die Voraussetzungen Ihres Leistungsanspruchs aufzuklären.

В тому випадку, якщо Ви не будете співпрацювати, Ваша заява або раніше надані послуги можуть бути відхилені або відкликані повністю або частково після закінчення вищезгаданого періоду (§ 66 SGB I).

Ihr Antrag oder die bisher gewährten Leistungen können nach erfolglosem Verstreichen der oben genannten Frist wegen fehlender Mitwirkung versagt oder ganz oder teilweise entzogen werden (§ 66 SGB I).

У зв'язку з високим ризиком зараження коронавірусом вхід клієнтів до районної адміністрації обмежено. Якщо Ваш візит є абсолютно необхідним, Ви отримаєте письмове повідомлення.

Wegen der hohen Ansteckungsgefahr mit dem Coronavirus ist der Kundenverkehr in der Kreisverwaltung eingeschränkt. Sollte Ihre Vorsprache zwingend erforderlich sein, erhalten Sie schriftliche Nachricht.

Main-Taunus-Kreis
Der Kreisausschuss
Amt für öffentliche Sicherheit und Ordnung
Am Kreishaus 1-5
65719 Hofheim