

BG-Nummer

Kurzantrag auf Leistungen nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch

طلب للحصول علي استحقاقات البطالة بموجب قانون الضمان الاجتماعي الثاني
يرجي املئ البيانات باللغه الالمانيه ,

Ich beantrage hiermit Leistungen nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch.

لذلك اقدم طلب للحصول علي استحقاقات او معونة البطالة طبقا لقانون الضمان الاجتماعي الثاني

Vorname: _____ الاسم _____ Name: _____ اسم العائله _____

Anschrift: _____ العنوان _____ Geburts-
datum: _____ تاريخ الميلاد _____

Staatsange-
hörigkeit: _____ الجنسية _____ Familien-
stand: _____ الحاله الاجتماعيه _____

مجموعة المعيشة المشتركة التكافلية, افراد عائلتك المقيمون معك بسكن السوتسيال,
يجب ان يتم ادراجهم او تسجيلهم بالورقه المرفقه

Höhe der
monatlichen Kosten
der Unterkunft: _____
التكفه الاجماليه الشهريه للسكن الحالي:

davon Nebenkosten: _____
منها تكلفه اضافيه بمقدار

davon Heizkosten: _____
منها تكلفه التدفئه بمقدار

Ich besitze bereits
ein Konto: _____
لدي حساب بنكي :

Kreditinstitut: _____
اسم البنك او مؤسسة الائتمان

IBAN _____

BIC _____

BG-Nummer

Den Einstellungsbescheid der Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die Anerkennung der Flüchtlingseigenschaft sowie die (vorläufige) Aufenthaltserlaubnis sind diesem Kurzantrag beigefügt.

Sozialamt
 اخطار عن المستحقات من مكتب الضمان الاجتماعي طبقاً لقانون اللجوء أو ورقه أو شهادة فصل من
 شهادة الاعتراف بصفة اللجوء والاقامه المؤقتة المتواجد عليها الصورة الشخصيه
 يجب ارفاقهم مع هذا الطلب.

Ich besitze/erhalte

Vermögen:	هل عندك ثروة أو اصول?	<input type="checkbox"/> Ja	نعم <input type="checkbox"/> Nein	لا
	هل عندك دخل اخر?	<input type="checkbox"/> Ja	نعم <input type="checkbox"/> Nein	لا
Einkommen:				
Unter- stützung durch Dritte:	هل لديك دعم أو دخل من طرف ثالث?	<input type="checkbox"/> Ja	نعم <input type="checkbox"/> Nein	لا

Ich bin - meiner Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich auszuüben

Ja نعم Nein لا

من فضلك اجب او ضع علامه, انك صحيا قادر علي العمل بحد ادني ثلاث ساعات يوميا.

Ich bin krankenversichert

انا مومن صحيا

Name der Kranken- kasse:	اسم شركة التامين الصحي.	Kranken- versicherten- nummer:	رقم التامين الصحي.
	_____		_____

Mir ist bekannt, dass der komplette Leistungsantrag zu einem späteren Zeitpunkt einzureichen ist.

انا اعلم, انه يجب علي احضار واكمال الملف الاساسي الكامل في وقت لاحق

Datum, Unterschrift: _____

اليوم, التوقيع

Es handelt sich bei der Übersetzung ins Arabische nicht um eine wortwörtliche Übersetzung.