



BG-Nummer

Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft:

مجموعة المعيشة المشتركة التكافلية, افراد عائلتك المقيمون معك بسكن السوتسيال,

Ehegatte/-in - Partner/-in

الزوج, الزوجة

Vorname: _____ Name: _____ اسم العائلة

Anschrift: _____ Geburtsdatum: _____ تاريخ الميلاد

Verhältnis zum

Antragsteller: _____ صلة القرابه

Staats-

angehörigkeit: _____ الجنسيه

Oben genannte Person ist - eigener Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich auszuüben

 Ja 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 Krankenkasse: _____ اسم شركة التامين الصحي. Krankenversicherungsnummer: _____ رقم التامين الصحي.

leibliche Kinder

الاطفال الشرعين

Vorname: _____ Name: _____ اسم العائلة

Anschrift: _____ Geburtsdatum: _____ تاريخ الميلاد

Verhältnis zum

Antragsteller: _____ صلة القرابه

Staats-

angehörigkeit: _____ الجنسيه

über 15 Jahre

akber من 15 عام

unter 15 Jahre

اقل من 15 عام

Oben genannte Person ist - eigener Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich auszuüben

 Ja Nein

لا

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



BG-Nummer

Ich bin krankenversichert		انا مومن صحيا	
Name der Krankenkasse:	اسم شركة التامين الصحي.	Krankenversichertennummer:	رقم التامين الصحي.
Vorname:	الاسم	Name:	اسم العائلة
Anschrift:	العنوان	Geburtsdatum:	تاريخ الميلاد
		Verhältnis zum Antragsteller:	صلة القرابه
		Staatsangehörigkeit:	الجنسيه
über 15 Jahre	<input type="checkbox"/>	akبر من 15 عام	اقل من 15 عام
	<input type="checkbox"/>	unter 15 Jahre	
<p>Oben genannte Person ist - eigener Einschätzung nach - gesundheitlich in der Lage eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich auszuüben</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> لا</p> <p>من فضلك اجب او ضع علامه, انك صحيا قادر علي العمل بحد ادني ثلاث ساعات يوميا.</p>			
Ich bin krankenversichert		انا مومن صحيا	
Name der Krankenkasse:	اسم شركة التامين الصحي.	Krankenversichertennummer:	رقم التامين الصحي.
<p>Mir ist bekannt, dass der komplette Leistungsantrag zu einem späteren Zeitpunkt einzureichen ist.</p> <p>انا اعلم, انه يجب علي احضار واكمال الملف الاساسي الكامل في وقت لاحق</p>			
Datum, Unterschrift: _____			اليوم, التوقيع
Es handelt sich bei der Übersetzung ins Arabische nicht um eine wortwörtliche Übersetzung.			