



Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

(Заявление на пособие после Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG))

Deutsch / Russisch (немецкий русский)

Ich beantrage für mich und meine Familienangehörigen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

(Я подаю заявление на получение пособия для себя и членов моей семьи после Asylbewerberleistungs-gesetz (AsylbLG).)

1) Antragsteller*in (Person 1)

((zayavitel'(человек 1))

Nachname (фамилия)	
Vorname (Имя)	
Geburtsdatum (MM.TT.JJJJ) (Дата рождения (День месяц год))	
Geburtsort (Место рождения)	
Geschlecht (Пол)	<input type="checkbox"/> weiblich (женский) <input type="checkbox"/> männlich (мужчина) <input type="checkbox"/> divers (разные)
Familienstand (Семейное положение)	<input type="checkbox"/> ledig (Один) <input type="checkbox"/> verheiratet (женатый) <input type="checkbox"/> getrenntlebend (разведенный) <input type="checkbox"/> verwitwet (овдовевший)
Staatsangehörigkeit (Национальность)	
Ausweisdokument + Passnummer (Документ, удостоверяющий личность + номер паспорта)	
Straße + Nr. (Улица + номер дома)	
Postleitzahl + Ort + Ortsteil (Почтовый индекс + город)	

Einreisedatum (Deutschland) (Дата въезда (Германия))	
Zuweisungsdatum (дата присвоения)	Datum (дата): Aktenzeichen (Номер дела):
AZR-Nummer (wenn bekannt) (AZR - номер (если известен))	
Datum der Asylantragstellung (Дата подачи заявления о предоставлении убежища)	Datum (дата): Bamf-Az (Bamf - Номер дела) BAMF):
Beruf (Профессия)	
Corona-Impfung (Коронавирусная вакцинация) Diese Angaben sind freiwillig (Эта информация является добровольной)	<input type="checkbox"/> keine (никто) <input type="checkbox"/> genesen (Выздоровел) <input type="checkbox"/> 2x geimpft (привит дважды) <input type="checkbox"/> geboostert (3. Impfung) (Бустер – вакцинация) ((ретья прививка)) Impfungen mit (вакцинация с): <input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> anderer (Другой):

  

2) Weitere Personen im Haushalt

(другие люди в доме)

	Person 2 (человек 2)	Person 3 (человек 3)
Geschlecht (Пол)	<input type="checkbox"/> weiblich (женский) <input type="checkbox"/> männlich (мужчина) <input type="checkbox"/> divers (разные)	<input type="checkbox"/> weiblich (женский) <input type="checkbox"/> männlich (мужчина) <input type="checkbox"/> divers (разные)
Nachname (фамилия)		
Vorname (Имя)		
Geburtsdatum (Дата рождения (День месяц год))		
Verwandschafts- Verhältnis (Семейные отношения)		
Familienstand (Семейное положение)	<input type="checkbox"/> ledig (Один) <input type="checkbox"/> verheiratet (женатый) <input type="checkbox"/> getrenntlebend (разведенный) <input type="checkbox"/> verwitwet (овдовевший)	<input type="checkbox"/> ledig (Один) <input type="checkbox"/> verheiratet (женатый) <input type="checkbox"/> getrenntlebend (разведенный) <input type="checkbox"/> verwitwet (овдовевший)
Ausweisdokument + Passnummer (Документ, удостоверяющий личность + номер паспорта)		
Einreisedatum (Deutschland) (Дата въезда (Германия))		
Zuweisungsdatum (дата присвоения)	Datum (дата): Aktenzeichen (Номер дела):	Datum (дата): Aktenzeichen (Номер дела):
AZR-Nummer (wenn bekannt) (AZR - номер (если известен))		
Datum der Asylan- tragstellung (Дата подачи заявления о предоставлении убежища)	Datum (дата): Bamf-Az (Bamf - Номер дела):	Datum (дата): Bamf-Az (Bamf - Номер дела):
Beruf (Профессия)		
Corona-Impfung (Коронавирусн ая вакцинация) Diese Angaben sind freiwillig (Эта информация является добровольной)	<input type="checkbox"/> keine (никто) <input type="checkbox"/> genesen (Выздоровел) <input type="checkbox"/> 2x geimpft (привит дважды) <input type="checkbox"/> geboostert (3. Impfung) (Бустер – вакцинация) ((ретья прививка)) Impfungen mit (вакцинация с): <input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> anderer (Другой):	keine (никто) <input type="checkbox"/> genesen (Выздоровел) <input type="checkbox"/> 2x geimpft (привит дважды) <input type="checkbox"/> geboostert (3. Impfung) (Бустер – вакцинация) ((ретья прививка)) Impfungen mit (вакцинация с): <input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> anderer (Другой):

	Person 4 (человек 4)	Person 5 (человек 5)
Geschlecht (Пол)	<input type="checkbox"/> weiblich (женский) <input type="checkbox"/> männlich (мужчина) <input type="checkbox"/> divers (разные)	<input type="checkbox"/> weiblich (женский) <input type="checkbox"/> männlich (мужчина) <input type="checkbox"/> divers (разные)
Nachname (фамилия)		
Vorname (Имя)		
Geburtsdatum (Дата рождения (День месяц год))		
Verwandschafts- Verhältnis (Семейные отношения)		
Familienstand (Семейное положение)	<input type="checkbox"/> ledig (Один) <input type="checkbox"/> verheiratet (женатый) <input type="checkbox"/> getrenntlebens (разведенный) <input type="checkbox"/> verwitwet (овдовевший)	<input type="checkbox"/> ledig (Один) <input type="checkbox"/> verheiratet (женатый) <input type="checkbox"/> getrenntlebens (разведенный) <input type="checkbox"/> verwitwet (овдовевший)
Ausweisdokument + Passnummer (Документ, удостоверяющий личность + номер паспорта)		
Einreisedatum (Deutschland) (Дата въезда (Германия))		
Zuweisungsdatum (дата присвоения)	Datum (дата): Aktenzeichen (Номер дела):	Datum (дата): Aktenzeichen (Номер дела):
AZR-Nummer (wenn bekannt) (AZR - номер (если известен))		
Datum der Asylan- tragstellung (Дата подачи заявления о предоставлении убежища)	Datum (дата): Bamf-Az (Bamf - Номер дела):	Datum (дата): Bamf-Az (Bamf - Номер дела):
Beruf (Профессия)		
Corona-Impfung (Коронавирусн ая вакцинация) Diese Angaben sind freiwillig (Эта информация является добровольной)	<input type="checkbox"/> keine (никто) <input type="checkbox"/> genesen (Выздоровел) <input type="checkbox"/> 2x geimpft (привит дважды) <input type="checkbox"/> geboostert (3. Impfung) (Бустер – вакцинация) ((ретья прививка)) Impfungen mit (вакцинация с): <input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> anderer (Другой):	<input type="checkbox"/> keine (никто) <input type="checkbox"/> genesen (Выздоровел) <input type="checkbox"/> 2x geimpft (привит дважды) <input type="checkbox"/> geboostert (3. Impfung) (Бустер – вакцинация) ((ретья прививка)) Impfungen mit (вакцинация с): <input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> anderer (Другой):

Wenn noch mehr Personen im Haushalt sind, schreiben Sie die Daten bitte auf ein extra Blatt und legen dieses zum Antrag dazu. (Если в семье больше человек, пожалуйста, напишите данные на дополнительном листе и приложите его к заявл.)

3) Ich / Wir haben folgendes Einkommen (im Ausland und/oder in Deutschland)

(У меня / нас есть следующий доход (за границей и/или в Германии))

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei. (Пожалуйста, приложите соответствующие доказательства)

4) Ich / Wir haben folgendes Vermögen (im Ausland und/oder in Deutschland)

(У меня / нас есть следующие активы (за границей и / или в Германии))

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei. (Пожалуйста, приложите соответствующие доказательства)

5) Ich / Wir haben bereits bei folgenden Behörden Leistungen beantragt

(Я / Мы уже подали заявку на получение денег от следующих органов)

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei sowie den Namen und die Adresse der Behörde und was Sie dort beantragt haben.

(Пожалуйста, приложите соответствующие доказательства а также название и адрес органа и то, что вы подали туда.)

6) Unterhaltungspflichtige Angehörige, z.B. Eltern, Ehepartner, Kinder

(Родственники, которые несут ответственность за содержание, например, родители, супруги, дети)

Bitte hier die Namen, Geburtstage und Adressen eintragen.

(Пожалуйста, введите здесь имена, даты рождения и адреса.)

--

7) Bankverbindung (falls vorhanden, bitte Nachweis beilegen)

(Банковские реквизиты (пожалуйста, приложите подтверждение))

Name der Bank (Название банка)	
BiC	
IBAN	

8) Besonderheiten, sonstige Angaben

(Особенности, другая информация)

Bemerkungen, ggf. gesundheitliche Einschränkungen, Hemmnisse usw.

(Примечания, возможные ограничения по здоровью, больницы и т. д.)

--

9) Helfer*innen, Ansprechpartner*innen, Übersetzungshelfer*innen (Namen und Kontaktdaten)

(Помощники, контактные лица, переводчики (имена и контакты))

--

Ich habe den Antrag verstanden und versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben strafbar mache und dass ich zu Unrecht bezogene Leistungen erstatten muss.

(Я понял заявление и подтверждаю, что приведенная выше информация является полной и достоверной. Я осознаю, что буду привлечен к ответственности, если предоставлю неполную или недостоверную информацию, и что мне придется возместить стоимость услуг, которые были получены ошибочно).

Ich nehme zur Kenntnis: Die Datenerhebung und –verarbeitung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt im Rahmen der Datenschutz-Grundverordnung und der entsprechenden Gesetze. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

(Я подтверждаю, что сбор и обработка данных в связи с заявкой происходят в рамках Общего регламента по защите данных и соответствующих законов. Ваша обязанность участвовать в этой процедуре вытекает из статьи 60, параграфа 1 первой книги Социального кодекса (SGB I). Если вы не соблюдаете это обязательство, в запрашиваемом социальном пособии может быть отказано полностью или частично из-за отсутствия сотрудничества.)

Sozialleistungen erhält nicht, wer sich selbst helfen kann oder wer die Hilfe von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält.

(Те, кто может помочь себе или кто получает помощь от других, особенно от родственников или поставщиков других социальных пособий, не получают социальных пособий.)

Es ist Ihre Pflicht, jeden Anspruch auf vorrangige Leistungen geltend zu machen und dem FD Sozialdienst Zuwanderung und Asylangelegenheiten dieses unverzüglich mitzuteilen.

(Вы обязаны заявить о своем праве на получение приоритетных пособий и немедленно сообщить об этом в Социальную службу FD по вопросам иммиграции и предоставления убежища.)

Jede Änderung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse sind dem FD Sozialdienst Zuwanderung und Asylangelegenheiten beim Landkreis Marburg-Biedenkopf unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen. Dazu gehören insbesondere Änderungen in den Aufenthalts-, Wohn-, Arbeits-, Einkommens- und Familienverhältnissen sowie Änderungen des asylrechtlichen und ausländerrechtlichen Status von Ihnen und Ihren Kindern.

(О любых изменениях в личных и экономических обстоятельствах необходимо немедленно и без запроса сообщать в социальную службу FD по делам иммиграции и убежища в районе Марбург-Биденкопф. Это включает, в частности, изменение места жительства, места жительства, Работа, доход и семейные обстоятельства, а также изменения статуса убежища и иммиграции для вас и ваших детей.)

Unberechtigter Bezug von Sozialleistungen kann strafrechtliche Folgen haben.

(Несанкционированное получение социальных пособий может иметь уголовные последствия.)

Ich bestätige, dass ich die Belehrung verstanden habe.

(Подтверждаю, что понял инструкцию.)

Unterschriften von allen Personen ab 18 Jahre.

(Подписи всех лиц в возрасте 18 лет и старше.)

Ort, Datum (Место и дата)	Unterschrift (подпись)

Ort, Datum (Место и дата)	Unterschrift (подпись)

Ort, Datum (Место и дата)	Unterschrift (подпись)