



Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis  
Sozialamt  
Kurfürsten-Anlage 38 - 40  
69115 Heidelberg

## Vereinfachter Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII für Kriegsflüchtlinge aus der Ukraine

Спрощена заява на отримання пільг за СГБ XII для біженців війни з України

Ich benötige/Wir benötigen folgende Leistungen:  
Я потребую / ми потребуємо допомогу

**Sozialhilfe (Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB XII) in Form von:  
Соціальна допомога (Книга дванадцята Соціального кодексу - SGB XII)  
у вигляді):**

**Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 ff.)**  
допомога на проживання

**Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 ff.)**  
Базовий захист в похилому віці та знижена працездатність

**Leistungen für Bildung und Teilhabe (§§ 34 ff.)**  
допомога для навчання та участі

**Hilfe zur Gesundheit (§§ 47 ff.)**  
допомога здоров'ю

Dieser Antrag gilt auch für meine/n Ehegatten/in, Lebensgefährten/in  
Lebenspartner/in. Wenn **Ja**, ist der Antrag auf der letzten Seite von **beiden zu unterschreiben**

(Ця заява також поширюється на мого чоловіка або супутника життя. Якщо **так**, заяву мають підписати обидві особи на останній сторінці)

# 1 Persönliche Verhältnisse

Особисті дані

## 1.1 Grunddaten

основні дані

	Antragsteller заявник	Ehegatte/Lebensgefährte/in/ Lebenspartner/in подружжя / супутник життя
Name Прізвище		
Geburtsname Ім'я при народженні		
Vorname Ім'я		
Geschlecht Стать	<input type="checkbox"/> weiblich (Жіноча) <input type="checkbox"/> männlich (чоловіча)	<input type="checkbox"/> weiblich (Жіноча ) <input type="checkbox"/> männlich (чоловіча)
Geburtsdatum Дата народження		
Geburtsort und –land місце / країна народження		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) Адреса		
Telefonnummer Телефон		
Familienstand сімейний стан		
Staatsangehörigkeit Національність		
Aufenthaltsstatus bei Ausländern статус проживання для іноземців		
In Deutschland lebend seit відтоді живе в Німеччині		
Bevollmächtigte/r, Vormund, Betreuer/in, Erziehungsberechtigte/r (Name und Anschrift eintragen) уповноважений представник, законний опікун		

Folgende Person/en lebt/leben mit mir/uns in einer Haushaltsgemeinschaft (z.B. Kindern, Eltern, Verwandte, Bekannte). Bei mehr als drei Personen bitte ein separates Blatt benutzen. (Разом зі мною в сім'ї ді живуть наступні люди (діти, батьки, родичі, знайомі)

	Person A Особа А	Person B Особа В	Person C Особа С
Name Прізвище			
Geburtsname Ім'я при народженні			
Vorname Ім'я			
Geburtsdatum Дата народження			
Geburtsort und –land місце / країна народження			
Familienstand сімейний стан			
Verhältnis zum Antragsteller відносини із заявником			
Staatsangehörigkeit Національність			
In Deutschland lebend seit (falls nicht von Geburt an) відтоді живе в Німеччині			
Schüler/in, Auszubildende/r, Student/in студент, учень			

**1.2 Mehrbedarf**  
(додаткова вимога)

	Antragsteller (заявник)	Ehegatte/ Lebensgefährtin/in/ Lebenspartner/in (подружжя / супутник життя)	sonstige Person (Name) інша особа (ім'я)
Liegt eine Schwerbehinderung vor? важка інвалідність	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні

Wurde das Merkzeichen „G“ oder „aG“ erteilt? Чи є позначка G/aG	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні
Liegt eine volle Erwerbsminderung vor? Чи встановлена знижена працевдатність	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні
Liegt eine Schwangerschaft vor? Чи є вагітність?	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні
Ist eine kostenaufwändige Ernährung wegen der Behinderung notwendig? Є дорогим. Необхідне особливе харчування у зв'язку з інвалідністю	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні

**1.3 Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung** Внески на страхування здоров'я та довгостроковий догляд

	Antragsteller заявник	Ehegatte/Lebensgefährte/in /Lebenspartner/in подружжя / супутник життя
Besteht aktuell ein Krankenversicherungsschutz наразі діє медична страховка	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні
Name der Krankenkasse назва медичного страхування		
Anschrift der Krankenkasse адреса медичної страхової компанії		
Versicherungs-/ Mitgliedsnummer страховий номер		
Es handelt sich dabei um eine:		
Art der Versicherung це один вид страхування		

Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen:  
 Медичне страхування для людей, які проживають у домогосподарстві:

	Person A Особа А	Person B Особа В	Person C Особа С
Liegt ein Krankenversicherungsschutz vor? Є медичне страхування?	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні

## 2. Häusliche Verhältnisse побутові обставини

### 2.1 Wohnverhältnisse für alle in der Wohnung lebenden Personen умови проживання для всіх проживаючих у квартирі людей

Ich wohne/Wir wohnen  
 Я живу / ми живемо

Mietfrei оренда безкоштовно	<input type="checkbox"/> Begründung: _____ (Причина)	
	<input type="checkbox"/> Zur Hauptmiete (основна оренда)	<input type="checkbox"/> Zur Untermiete (Суборенда)
	Kaltmiete _____ € (оренда без комунальних послуг)	
	Betriebskosten (комунальні послуги) _____ € (Ohne Heizkosten) (без витрат на опалення)	
	Gesamtmiete (загальна орендна плата) _____ €	
In einer Mietwohnung орендна квартира	Garage/Stellplatz (гараж/стоянка) _____ € Höhe der Monatlichen Miete / розмір місячної орендної плати	

	<input type="checkbox"/> Die Wohnung ist möbliert (квартира мебльована)	<input type="checkbox"/> teilmöbliert частково мебльована
	Höhe der monatlichen Kosten für die Möblierung (Розмір місячних витрат на меблі)  _____ €	
	Höhe der monatlichen Kosten für Kabelfernsehen/Gemeinschaftsantenne Щомісячна вартість кабельного ТБ / антени громади  _____ €	
	Besteht herzu ein Anschlusszwang? є обов'язок підключитися? <input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	
sonstige Unterkunft інше житло		

## 2.2 Leistungen für die Heizung und die Warmwasserversorgung (Послуги з опалення та гарячого водопостачання)

Bitte nur ausfüllen, wenn der/die Antragsteller/in nicht in einer stationären Einrichtung lebt: (Будь ласка, заповнюйте лише якщо заявник не проживає в стаціонарному закладі)

Kosten der Heizung витрати на опалення	_____ € monatlich (на місяць)	
Sind die Kosten für die zentrale Warmwasserversorgung darin enthalten? Сюди входять витрати на Центральне гаряче водопостачання?	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	wenn nein, wie erfolgt die Warmwasserversorgung? (Art) Якщо ні, то як здійснюється гаряче водопостачання (тип)
Die Wohnung ist ausgestattet mit (квартира укомплектована)	<input type="checkbox"/> Einzelofen, zum Betrieb der Heizung (одинарна піч, необхідна для роботи опалення)  <input type="checkbox"/> Heizöl (мазут)	<input type="checkbox"/> Sammelheizung, der Betrieb erfolgt mit: (колективне опалення, експлуатація здійснюється с)  <input type="checkbox"/> Heizöl (мазут)

	<input type="checkbox"/> <hr/> <b>Brennstoffart</b> (тип палива)	<input type="checkbox"/> Erdgas (природний газ) <input type="checkbox"/> Strom (електрика) <input type="checkbox"/> Fernwärme (централізоване опалення) <input type="checkbox"/> Festen Brennstoffen (тверде паливо)
--	--	---

**3. Wirtschaftliche Verhältnisse** економічні умови

**3.1 Einkommen** Доходи

Ich habe / Wir haben bzw. erwarte/n Einkommen Я / Ми маємо або очікуємо дохід

ja так  nein ні

Wenn ja, sind alle Einkünfte ohne Rücksicht auf ihre Herkunft anzugeben und nachzuweisen. Als Nachweis dienen z.B. Bescheide, Verdienstabrechnungen, Kontoauszüge. Nach Möglichkeit ist der Monatsbeitrag anzugeben. (Якщо так, усі доходи мають бути задекларовані та підтвержені, незалежно від їх походження. Наприклад, повідомлення, платіжні квитанції, виписки з рахунку служать доказом. Якщо можливо, слід вказати щомісячний внесок.)

Art des Einkommens (вид доходу)	Antragsteller (Заявник)	Ehegatte/ Lebensgefährte/in/ Lebenspartner/in (подружжя / супутник життя)	Person A (Особа А)	Person B (Особа В)	Person C (Особа С)
Freier Eintrag des Einkommens (загальний дохід)					

Folgende Einkommensarten habe ich/haben wir beantragt, aber eine Entscheidung liegt noch nicht vor:  
(Я подав заявку на отримання такого доходу, але рішення ще не прийнято)

Bezeichnung (назва)	Antragsdatum (дата подачі заявки)	Behörde (авторитет)	Aktenzeichen (Номер документа)

Fließen den zum Haushalt gehörenden Personen Sachbezüge zu  
(чи отримують особи, які належать до домогосподарства, матеріальні пільги?)

ja Так (bitte angeben) (будь ласка уточніть)  nein ні

Name (Прізвище)	Art der Sachleistung (вид натуральної допомоги)	Name (Прізвище)	Art der Sachleistung (вид матеріальної допомоги)

### 3.3 Vermögen (активи)

Meine Bedarfsgemeinschaft verfügt über erhebliches Vermögen  
(Моя благодійна спільнота має значні активи)

ja так  nein ні

Erheblich ist Vermögen der Antragstellerin/des Antragstellers über 60.000 Euro sowie über 30.000 Euro für jedes weitere Haushaltsmitglied. Sachvermögen ist mit seinem Verkehrswert anzusetzen. Sollte bei Ihnen erhebliches Vermögen vorliegen, füllen Sie bitte die Vermögenserklärung wegen Sozialleistungen aus.

(Активи заявника у розмірі понад 60 000 євро та понад 30 000 євро на кожного додаткового члена домогосподарства є значними. Матеріальні активи відображаються за їх ринковою вартістю. Якщо у вас є значні активи, заповніть, будь ласка, декларацію про майновий стан на соціальні виплати.)

### 3.4 Vorrangige Ansprüche (першочергові вимоги)

#### 3.4.1 Ansprüche gegen Unterhaltspflichtige (Позови до утриманців)



	Vater (Батько)	Mutter (Мати)	Kind (Дитини)	Kind (Дитини)
Name Прізвище				
Vorname Ім'я				
Geburtsdatum Дата народження				
Ggf. Sterbedatum дата смерті				
Anschrift (Адреса)				
Zahlt der/die Angehörige Unterhaltsbeiträge? (Чи сплачує заявник аліменти?)	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні
Höhe der laufenden Unterhaltszahlungen (Сума поточних аліментних платежів)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Liegt ein Unterhaltstitel vor? назва аліментів?	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні
Verfügt einer Ihrer beiden Elternteile über ein jährl. Einkommen von mind. 100.000 €? один із двох батьків має річний дохід не менше 100 000 євро	<input type="checkbox"/> ja так <input type="checkbox"/> nein ні <input type="checkbox"/> nicht bekannt Невідомо			
<input type="checkbox"/> Mutter (Мати)	Tätigkeit (Завдання) _____			
<input type="checkbox"/> Vater (Батько)	Tätigkeit (Завдання) _____			
Verfügt eines Ihrer Kinder über ein jähr. Einkommen von mind. 100.000 €? (одна з її дітей має річний дохід не менше 100 000 євро?)	<input type="checkbox"/> ja так вкажіть, будь ласка, який <input type="checkbox"/> nein ні <input type="checkbox"/> nicht bekannt Невідомо			
Name, Vorname (Прізвище, Ім'я)	Tätigkeit (Вдання) _____			

Name, Vorname (Прізвище, Ім'я)	Tätigkeit (Завдання) _____
-----------------------------------	-------------------------------

#### 4. Bankdaten (банківські реквізити)

4.1. Zu erbringende Leistungen sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:  
(Послуги, які будуть надані, слід перерахувати на наступний рахунок)

Kontoinhaber/in: (власник облікового запису)	IBAN
---	------

#### 5. Hinweise und Schlusserklärungen (Примітки та підсумкові висловлювання)

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 зрозумів заяву та запевняю, що наведена вище інформація є повною та правдивою. Я усвідомлюю, що буду притягнутим до відповідальності в разі надання неповної або неправдивої інформації, і що мені доведеться відшкодувати допомогу, яка була отримана помилково)

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 беру до відома: Збір та обробка даних у зв'язку із заявою відбувається в рамках Загального положення про захист даних та відповідних законів. Обов'язок брати участь у цій процедурі регулюється з розділу 60, параграф 1 Першої книги Соціального кодексу (SGB I). Якщо Ви не дотримуєтеся цього зобов'язання, Вам може бути відмовлено у клопотанні про соціальну допомогу повністю або частково через відсутність належного сприяння.)

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

(Соціальну допомогу не можуть отримати ті особи, які спроможні допогти собі самі, або ті особи, яким надається допомога зі сторони інших осіб чи родичів, або яким надходить соціальна допомога від інших соціальних закладів.)

Es ist Ihre Pflicht, jeden Anspruch auf vorrangige Leistungen geltend zu machen und dem Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis, Sozialamt, dies unverzüglich mitzuteilen.

(Ви зобов'язані затверджувати кожен позов на пріоритетні послуги та повідомляти про це районне управління RNK, управління соціального захисту населення (Sozialamt).)

Jede Änderung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse sind dem Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis, Sozialamt, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

(Про будь-яку зміну особистих та економічних обставин необхідно негайно повідомити районний відділ Рейн-Неккар та відділ соціального захисту населення.)

Dazu gehören insbesondere Änderungen in den Aufenthalts-, Wohn-, Arbeits-, Einkommens- und Familienverhältnissen sowie Änderungen des ausländerrechtlichen Status von Ihnen und Ihren Kindern.

(Це включає, зокрема, зміни місця проживання, , працевлаштування, доходу та сімейного стану, а також про зміну статусу відповідно до імміграційного законодавства вас і ваших дітей.)

Unberechtigter Bezug von Sozialleistungen kann strafrechtliche Folgen haben.

(Неправомірне отримання соціальної допомоги може нести за собою кримінальні наслідки.)

Ich bestätige, dass ich die Belehrung verstanden habe.

(Я підтверджую, що зрозумів роз'яснення)

---

Ort, Datum  
(Місце і дата)

---

Unterschrift Antragsteller/in/ gesetzl. Vertreter  
(підпис заявник / законні представники)

---

Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte/in/Lebenspartner/in  
(Підпис подружжя / супутник життя)

**Landratsamt  
Rhein-Neckar-Kreis  
Amt 20  
Kurfürstenanlage 38 – 40  
69115 Heidelberg**

## **Erklärung zum Kassenwahlrecht nach § 264 Abs. 3 SGB V**

Ich wurde darüber informiert, dass ich gemäß § 264 Abs. 3 SGB V verpflichtet bin, eine Krankenkasse für die Übernahme der Krankenbehandlung für mich und meine im Haushalt lebenden, nicht selbst versicherten Familienangehörige, zu wählen.

genaue Bezeichnung der Krankenkasse, möglichst mit Anschrift

Ich bitte, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren und die für die Übernahme meiner/unserer Krankenbehandlung benötigten Daten zu übermitteln.

Ich bin damit einverstanden, dass o.g. Krankenkasse meine Daten (bzw. die Daten meiner Familienangehörigen) intern speichert und nutzt, um (z.B. telefonisch oder per E-Mail) über die Belange der Krankenversicherung informieren und beraten zu können. Mit meiner Unterschrift erkläre ich auch, dass ich diese Einwilligung freiwillig erteile. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit zurücknehmen, dann werden die Daten wieder gelöscht.

Name, Vorname des Haushaltsvorstandes

Geburtsdatum

Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße und Hausnummer)

Datum und Unterschrift des Haushaltsvorstandes

### Familienangehörige im Haushalt:

Name

Vorname

Geburtsdatum