

Datum: 12.05.2022

Telefon: 03521 725-4040  
E-Mail: JC.Ukraine@kreis-meissen.de  
Internet: www.kreis-meissen.de

**Wichtige Unterlagen – Leistungen zum Leben ab dem 01.06.2022**  
**Важливі документи – Пільги на проживання з 01.06.2022.**

Aktenzeichen Ausländeramt:

Актовий запис Відділу реєстрації іноземців:

Sehr geehrte/r / Шановна/-ий Панні/Панн,

**ab dem 01.06.2022 ist das Jobcenter für Ihre Leistungen zum Leben zuständig.  
з 01.06.2022. Центр Зайнятості є відповідним за Ваши вимоги на Пільгу на  
проживання.**

Mit diesem Schreiben erhalten Sie folgende notwendige Dokumente:  
З цим листом ви отримаєте такі необхідні документи:

- Antrag auf Leistungen fürs Leben, Einverständnis zur Weitergabe der Daten  
Заява на Пільгу на проживання, Згода на передачу даних
- Mitteilung zur Krankenversicherung ab 01.06.2022  
Інформація про медичне страхування з 01.06.2022
- Mitteilung zum Bankkonto  
Повідомлення про банківський Рахунок
- Antragstellung Mittagessen  
Заява на отримання Обіду

Bitte füllen Sie diese Dokumente **schnellstmöglich** aus und senden Sie zurück an:

**Landratsamt Meißen | Dezernat Soziales | Jobcenter**  
**PF 10 01 52 | 01651 Meißen**

oder an **JC.Ukraine@kreis-meissen.de** .

Bудь ласка, **як можна швидше** заповніть ці документи та надійшліть їх до Районного Управління Мейсена, Відділу Соціального Центру Зайнятості (за вище вказаною Адресою), або по електронній Пошті до: **JC.Ukraine@kreis-meissen.de**

Für die Leistungen zum Leben vom Jobcenter benötigen Sie schnellstmöglich ein Konto bei einer Bank. Das Jobcenter überweist dann Ihre Leistungen zum Leben auf dieses Konto. Eröffnen Sie ein Konto bei einer deutschen Bank Ihrer Wahl!

Вам потрібно як можно швидше відкрити банківський рахунок (в Німеччині) для отримання Пільги на проживання, від Центру Зайнятості. Після цього Центр Зайнятості буде перераховувати Вашу Пільгу на цей рахунок. Відкривайте Рахунок в Німецькому Банку на Ваш Вибір.

Sobald Sie Leistungen vom Jobcenter erhalten, werden Sie per Gesetz kranken- und pflegeversichert. Sie müssen dafür eine deutsche Krankenkasse auswählen und dort Mitglied werden. Як тільки Ви отримуєте пільги від Центру Зайнятості, ви юридично застраховані на здоров'я та достроковий догляд. Для цього Ви повинні вибрати Німецьку медичну страхову компанію та стати її членом.

Senden Sie uns bis zum 24.06.2022 weder Ihren Aufnahmeantrag noch Ihre Mitgliedsbescheinigung bei einer Krankenkasse zu, wird das Jobcenter für Sie eine Krankenkasse festlegen und Sie als Mitglied anmelden.

Якщо до 24.06.2022 Ви не надішлете нам ні свою Заяву на прийом, ні підтвердження про членство в страховій компанії, тоді Центр Зайнятості визначить для вас компанію медичного страхування та зареєструє вас як члена.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an 03521 725-4040.

Якщо в вас виникли питання, будь ласка звертайтеся за вище вказаним номером.

***Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist daher ohne Unterschrift gültig.***

***Цей лист створено механічно тому дійсний без Підпису.***

**Anlagen/Формуляри**

**Antrag auf Leistungen fürs Leben**  
Einverständnis zur Weitergabe der Daten, Widerrufsrecht

**Заява на отримання Пільги на проживання**  
Згода на передачу Даних, право Відкликання

**1. Antrag auf Leistungen fürs Leben**

**Заява на Пільгу на проживання**

Ich beantrage ab 01.06.2022 für mich und die mit mir in der Wohnung lebenden Personen Leistungen zum Leben (nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch - SGB II)

Я подаю Заяву допомоги від 01.06.2022 за мене та осіб, які проживають разом зі мною в квартирі (за Другою Книгою Соціального Кодексу-SBG II)

Antragsteller/Antragstellerin		Zаявник/Заявниця	Eingangsstempel Штамп отримання
Name, Vorname: Прізвище, Ім'я:			
geboren am: Дата Народження:			
Anschrift: Адреса:			
Aktenzeichen: Актівий запис:		falls bekannt Якщо відомо	

Ehefrau/Ehemann, Partnerin/Partner		Подружжя/Партнер
Name, Vorname: Прізвище, Ім'я:		
geboren am: Дата Народження:		
Anschrift: Адреса:		

Kind/Дитина	
Name, Vorname: Прізвище, Ім'я:	
geboren am: Дата Народження:	
leibliches Kind власна Дитина	<input type="checkbox"/> Ja/Так <input type="checkbox"/> Nein/Hi

Kind/Дитина	
Name, Vorname: Прізвище, Ім'я:	
geboren am: Дата Народження:	
leibliches Kind власна Дитина	<input type="checkbox"/> Ja/Так <input type="checkbox"/> Nein/Hi

<b>Kind/Дитина</b>	
Name, Vorname: Прізвище, Ім'я:	
geboren am: ДатаНародження:	
leibliches Kind власна Дитина	<input type="checkbox"/> Ja/Так <input type="checkbox"/> Nein/Hi

<b>Kind/Дитина</b>	
Name, Vorname: Прізвище, Ім'я:	
geboren am: ДатаНародження:	
leibliches Kind власна Дитина	<input type="checkbox"/> Ja/Так <input type="checkbox"/> Nein/Hi

<b>Kind/Дитина</b>	
Name, Vorname: Прізвище, Ім'я:	
geboren am: ДатаНародження:	
leibliches Kind власна Дитина	<input type="checkbox"/> Ja/Так <input type="checkbox"/> Nein/Hi

Leben noch mehr Personen mit Ihnen in der Wohnung, verwenden Sie bitte für diese Personen ein extra Blatt  
Якщо з Вами проживають більше осіб, будь ласка використовуйте для них додатковий аркуш.

## 2. Einverständnis zur Datenweitergabe Згода на передачу Даних

Damit über die Leistungen schnell entschieden werden kann, die Daten und Nachweise nicht doppelt abgefragt und übermittelt werden müssen, erkläre ich:

Для того щоб можна було швидко прийняти рішення щодо послуг, та докази даних не потрібно було ззапитувати та передавати двічі, я заявляю:

Ich bin einverstanden, dass meine Daten und die Daten der Personen, die mit mir in der Wohnung leben zum Zweck der Zahlung der Leistungen zum Leben und zur Aufnahme von Ausbildung und/oder Arbeit elektronisch und/oder schriftlich dem Jobcenter übermittelt werden. Das Jobcenter speichert und verarbeitet unsere Daten.

Folgende Daten können zum Beispiel übermittelt werden: Name, Vorname, Geschlecht, Nationalität, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Schulabschluss, beruflicher Werdegang, Angaben zu gesundheitlichen Einschränkungen und Leistungseinschränkungen, auch Schwerbehindertenausweis.

Я згоджуюсь, що мої дані та дані людей, які проживають зі мною разом в квартирі, можуть бути надіслани до Центру Зайнятості в письмовій формі з метою оплати проживання. Центр Зайнятості зберегає та обробляє наші дані.

Можуть передаватися такі дані, наприклад: Прізвище, Ім'я, стать, національність, Адреса, номер телефону, дата Народження, Атестат про закінчення Школи/Освіти, професійна Кар'єра, інформація про обмеження щодо здоров'я та працездатності, включаючи Посвідчення особи з тяжкою інвалідністю.

Ich bin einverstanden, dass das Ausländeramt meine Akte und damit meine Daten und die Akte und die Daten der Personen, die mit mir in der Wohnung leben, zur Information an das Jobcenter übersenden darf. Das Jobcenter darf diese Daten nutzen.

Я погоджуюсь з тим, що Міграційна служба може надіслати мої актові записи та дані осіб, які проживають зі мною в квартирі, до Центру Зайнятості для отримання інформації. Центр Зайнятості може використовувати ці дані.

Das Jobcenter darf unsere Daten nur zum Zweck der Zahlung der Leistungen zum Leben und zur Aufnahme von Ausbildung und/oder Arbeit verwenden. Das Jobcenter muss alle Gesetze zum Datenschutz beachten.

Центр Зайнятості може використувувати наші дані лише з метою виплати Пільги на допомогу на проживання та навчання та/або роботи. Центр Зайнятості повинен відповідати всім законам про Захист даних.

Ich bin informiert, dass bei Bedarf das Jobcenter noch weitere Daten von uns abfordert, wenn diese für die beantragten Leistungen notwendig sind.

Мені повідомлено, що Центр Зайнятості може запросити у нас додаткові дані, якщо це необхідно для послуг, на які подано Заяву.

### **3. Widerrufsrecht** **Право на відкликання**

Ich kann mein Einverständnis zur Weitergabe der Daten an das Jobcenter jederzeit und ohne Angabe von Gründen in schriftlicher Form (zum Beispiel per Brief, Fax, E-Mail) für die Zukunft widerrufen.

Widerrufe ich mein Einverständnis, ist die Nutzung unserer Daten bis zu diesem Zeitpunkt rechtmäßig.

Я можу відкликати свою згоду на передачу даних до Центру Зайнятості в будь-який час і без пояснення причин у письмовій формі (наприклад: листом, факсом, електронною поштою) на майбутнє.

Якщо я відкликаю свою згоду, використання наших даних до цього часу є законним.

Datum/Дата: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/Підпис Заявника

**Absender / Відправник:**

Name, Vorname

/Прізвище, Ім'я: \_\_\_\_\_

Straße, HausNr.

/Вулиця, №Буд: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort/

Індекс, Місто: \_\_\_\_\_

**Antwort an / Відповідь до:**

Landratsamt Meißen

Dezernat Soziales

Jobcenter Meißen

PF 10 01 52

01651 Meißen

# Konto / Рахунок

**Mitteilung zum Konto / Повідомлення про Рахунок**

für \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_  
для (Прізвище, Ім'я) \_\_\_\_\_ Дата Народження

Ich habe ein Konto bei der (Bank): \_\_\_\_\_  
Я маю/відкрив Рахунок в (назва Банку)

mit der/з

BIC \_\_\_\_\_ und der/та

IBAN \_\_\_\_\_ eröffnet (відкрив).

Auf dieses Konto sollen (ab sofort) die Leistungen des Jobcenters überwiesen werden.  
На цей Рахунок (відтепер) будуть перераховані Пільги Центру Зайнятості.

Bisheriges Aktenzeichen Ausländeramt \_\_\_\_\_.  
Попередній актовий запис в Імміграційному Управлінні

\_\_\_\_\_  
Datum/Дата\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Підпис





**Absender/Vідправник:**

Name, Vorname/

Прізвище, Ім'я: \_\_\_\_\_

Straße, HausNr./

Вулиця, №Буд.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort/

Індекс, Місто: \_\_\_\_\_

**Antwort an/Vідповідь до :**

Landratsamt Meißen  
Dezernat Soziales  
Jobcenter Meißen  
PF 10 01 52  
01651 Meißen

**KV/PV/Медичне Страхування/Страхування по догляду****Mitteilung zur Krankenversicherung ab 01.06.2022****Повідомлення про медичне Страхування з 01.06.2022**

für \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_  
для (Прізвище, Ім'я) \_\_\_\_\_ Дата Народження

Zu meiner Krankenversicherung teile ich Ihnen Folgendes mit:  
Щодо моєї медичної Страхівки я повідомляю:

Ich bin ab 01.06.2022 Mitglied bei

Name der neuen Krankenkasse:

З 01.06.2022 я є членом Страхової компанії

Назва Страхової компанії: \_\_\_\_\_

Die Mitgliedsbescheinigung für die Krankenkasse liegt dieser Antwort bei.  
До цієї відповіді додається Підтвердження про членство в медичній страховій компанії.

Eine Kopie des Aufnahmeantrages bei der Krankenkasse liegt der Antwort bei.  
До відповіді додається копія Заяви про зарахування до медичної страхової компанії.

Senden Sie uns bis zum **24.06.2022** weder Ihren Aufnahmeantrag noch Ihre Mitgliedsbescheinigung bei einer Krankenkasse zu, wird das Jobcenter für Sie eine Krankenkasse festlegen und Sie als Mitglied anmelden. Das Jobcenter informiert Sie darüber.

Якщо **до 24.06.2022** Ви не надійшлете нам ні свою заяву про вступ, ні Підтвердження про членство в страховій компанії, Центр Зайнятості визначить для Вас медичну Страхову компанію та зареєструє вас як члена. Про це ви будете повідомленні від Центру Зайнятості.

Aktenzeichen Ausländeramt/Актовий запис в Імміграційному Управлінні «AktENZEICHEN»

\_\_\_\_\_  
Datum/Дата\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Підпис



**Antrag für**  
**Mittagessen in der Schule/Kindertageseinrichtung (Kita)**  
**Запит**  
**на Обід в Школі/Дитячому Садку**

<b>Antragsteller/Antragstellerin</b>		<b>Заявник/Заявниця</b>	Eingangsstempel Штамп Отримання
Name, Vorname: Прізвище, Ім'я:			
Anschrift: Адреса:			
Aktenzeichen: Актівий Запис:		falls bekannt Якщо відомо	

Für folgende Kinder wird ein Zuschuss für Mittagessen in der Schule oder Kindertageseinrichtung beantragt.

Подається Заява на отримання Супсідії на Обід у Школі чи Дитячому Садочку для наступних Дітей.

<b>Kind/Дитина</b>	
Name, Vorname: Прізвище, Ім'я:	
geboren am: Дата Народження:	
Name der Schule/ Kita: Назва Школи/ Дитячого Садочка:	
Anschrift der Schule/Kita: Адреса Школи/Садочка:	
Das Kind nimmt regelmäßig am gemeinschaftlichen Mittagessen in der Schule oder Einrichtung teil. Дитина регулярно бере участь у спільному Обіді в Школі або Дитячому Садочку.	
Zeitraum: Період:	Von/з _____ bis /до _____
Name des Mittagsversorgers/ Назва Постачальника Обідів	
Anschrift des Mittagsversorgers/ Адреса Постачальника Обідів	

<b>Kind/Дитина</b>	
Name, Vorname: Прізвище, Ім'я:	
geboren am: Дата Народження:	

Name der Schule/Kita: Назва Школи/ Дитячого Садочку:	
Anschrift der Schule/ Kita: Адреса Школи/ Дитячого Садочку:	
Das Kind nimmt regelmäßig am gemeinschaftlichen Mittagessen in der Schule oder Einrichtung teil. Дитина регулярно бере участь у спільному Обіді в Школі або Дитячому Садочку	
Zeitraum: Період:	Von/з _____ bis/до _____
Name des Mittagsversorgers/ Назва Постачальника Обідів	
Anschrift des Mittagsversorgers/ Адреса Постачальника Обідів	

<b>Kind / Дитина</b>	
Name, Vorname: Прізвище, Ім'я:	
geboren am: Дата Народження:	
Name der Schule/Kita: Назва Школи/ Дитячого Садочку:	
Anschrift der Schule/Kita: Адреса Школи/ Дитячого Садочку:	
Das Kind nimmt regelmäßig am gemeinschaftlichen Mittagessen in der Schule oder Einrichtung teil. Дитина регулярно бере участь у спільному Обіді в Школі або Дитячому Садочку	
Zeitraum: Період:	Von/з _____ bis/до _____
Name des Mittagsversorgers/ Назви Постачальника Обідів	
Anschrift des Mittagsversorgers / Адреса Постачальника Обідів	

<b>Kind / Дитина</b>	
Name, Vorname: Прізвище, Ім'я:	
geboren am: Дата Народження:	
Name der Schule/Kita: Назва Школи/ Дитячого Садочку	
Anschrift der Schule/Kita: Адреса Школи/ Дитячого Садочка	
Das Kind nimmt regelmäßig am gemeinschaftlichen Mittagessen in der Schule oder Einrichtung teil. Дитина регулярно бере участь у спільному Обіді в Школі або Дитячому Садочку	
Zeitraum: Період:	Von\з _____ bis/до _____
Name des Mittagsversorgers/ Назви Постачальника Обідів	
Anschrift des Mittagsversorgers/ Адреса Постачальника Обідів	

**Information zur direkten Zahlung an den Mittagessenversorger  
Інформація про пряму сплату Постачальника Обіду**

Die Leistungen für das gemeinschaftliche Mittagessen in der Schule/Kita werden direkt an den Mittagessenversorger durch das Jobcenter gezahlt.

Допомога за спільний Обід у Школі/ Дитячому Садочку буде сплачуватися Центром зайнятості безпосередньо постачальнику Обідів.

**V. Erklärung und Unterschrift/Погодження та підпис**

Ich erkläre, dass meine Angaben richtig sind.

Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der zuständige Leistungsträger (Jobcenter/Kreis-sozialamt/Ausländeramt) mit dem Mittagessenversorger bzw. der Schule direkt in Kontakt treten darf und der Mittagessenversorger auch zum Wegfall meines Leistungsanspruches informiert werden darf.

Я заявляю, що мої дані правдиві.

Про зміни я повідомлю негайно.

Я погоджуюся з тим, що відповідальний постачальник послуг (Центр Зайнятості/Районе Управління Соціальної та Імміграційної служби) може зв'язатися з Постачальником Обідів або Школою безпосередньо, і що Постачальник Обідів може бути проінформований якщо право на Пільги більше не доступне.

\_\_\_\_\_  
Datum/Дата

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/-in /Підпис Заявника/-ці