

BG-Nummer

Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft:

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

Ehegatte/-in - Partner/-in

الزوج, الزوجة

Vorname: الاسم _____ Name: اسم العائلة _____

Anschrift: العنوان _____ 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

 Jaلا Nein

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 التأمين الصحي _____ Krankenversicherungsnummer: رقم التأمين الصحي _____

leibliche Kinder

الاطفال الشرعين

Vorname: الاسم _____ Name: اسم العائلة _____

Anschrift: العنوان _____ Geburtsdatum: تاريخ الميلاد _____

Verhältnis zum

Antragsteller: صلة القرابه _____

Staats-

angehörigkeit: الجنسيه _____

über 15 Jahre

اكبر 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

 Jaلا Nein

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 التأمين الصحي. _____ Krankenversicherungsnummer: رقم التأمين الصحي. _____

Vorname: الاسم _____ Name: اسم العائلة _____

Anschrift: العنوان _____ Geburtsdatum: تاريخ الميلاد _____

Verhältnis zum Antragsteller: صلة القرابه _____

Staatsangehörigkeit: الجنسية _____

über 15 Jahre أكبر من 15 عام unter 15 Jahre أقل 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.

Ich bin krankenversichert

انا مومن صحيا

Name der Krankenkasse: اسم شركة التأمين الصحي. _____ Krankenversicherungsnummer: رقم التأمين 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.