



Получихте ли от нас въпросник за изясняване на Вашето здравно осигуряване?

На следващите страници ще Ви помогнем с **превод**. Моля, отговорете на въпросите в **немския** формуляр, който сте получили по пощата, и ни го изпратете обратно подписан. Това е **важно** за продължаването на Вашата осигурителна защита. Много благодарим.

Допълнителна информация:

Когато получим съобщение за прекратяване на социалното осигуряване на даден член, по закон ние сме задължени да изясним по-нататъшната му осигурителна защита. Нова осигурителна защита може да възникне например при нова трудова заетост, подлежаща на задължително осигуряване, при получаването на обезщетение за безработица или при безплатното семейно осигуряване.

Ако не бъдем уведомени за нова регистрация и никоя друга здравна каса не ни информира за членство, законодателят предвижда така нареченото допълнително осигуряване с цел осигурително покритие без прекъсване. Вноските за това осигуряване за задължителни. Размерът на вноските се определя според индивидуалните доходи.

Който няма или има ниски доходи, заплаща само предвидената в закона минимална вноска за здравно осигуряване и дългосрочни грижи. Ако не получим обратно въпросника, ние трябва да таксуваме максималната вноска за допълнително осигуряване.

Фамилия: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Име: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Здравноосигурителен номер: XXXXXXXXXXXX
 Център за услуги: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Въпросник за провеждане на задължителното допълнително осигуряване (т.нар. задължително доброволно членство) и определянето на вноските

Данни за семейното положение

- неженен/неомъжена женен/омъжена/регистрирано житейско партньорство разведен/а
 вдовец/ица разделен/а

Ако собственият доход е под евро на месец: (виж т. 8 на гърба на страницата)

Здравна каса на брачния/регистрирания житейски партньор XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Брой **общ** деца на издръжка
 семейно осигурени XXX не семейно осигурени XXX

Брой деца на издръжка на **брачния/житейския партньор**, които **не са общ**
 семейно осигурени XXX, от които за XXXX деца другият родител не плаща издръжка
 не семейно осигурени XXX, от които за XXXX деца другият родител не плаща издръжка

Данни за дейността/заетостта

- Самостоятелно заето лице (**моля, приложете документ за регистрация на стопанска дейност**)
 Вид на дейността XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Брой работни часове на седмица XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Брой на заетите работници XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Работник Работодател XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Чиновник, държавен служител
 Съществува ли право на помощ по Закона за държавните служители? да не
 Длъжност XXXXXXXXXXXXXXXXXX Работодател XXXXXXXXXXXXXXXXXX Процент на финансовата помощ XXXXXX

Войник на срочна служба, професионален войник
 Съществува ли право на помощ по Закона за държавните служители? да не

Пенсионирани държавен служител, собственик на селски имот срещу издръжка – процент на финансовата помощ XXXXXX

Пенсионер Лице, подало заявление за пенсия

Ученик, студент, преквалифициращ се (**моля, приложете документ от учебното заведение**)

Домакин/я без собствен доход или с нисък собствен доход

Неработещо лице

Осигуряване за дългосрочни грижи

Със започване на здравното осигуряване се осигурявам и за дългосрочни грижи

- Нямам деца Имам/имах деца*

*Моля, приложете документи (напр. копие на акта за раждане, известието за детски надбавки, решението за отпускане на пенсия и др.).

Допълнителни данни на гърба на страницата, респ. страница 2

Общи приходи/доходи

| Вид на доходите/приходите: | Сума бруто: | |
|---|--|---|
| | евро месечно | евро годишно |
| 1. Доходи от самостоятелна дейност – по смисъла на законодателството за подоходно облагане (печалба, установена според общите разпоредби за определянето ѝ в Закона за данъка върху доходите) <input type="checkbox"/> Получавам помощ за основаване (приложете документ) Моля, приложете копие от последното налично известие за дължим ДОД (всички страници), дори същото вече да ни е било изпратено. | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX |
| 2. Доходи от отдаване под наем и аренда Моля, приложете съответните документи; евентуално копие от последното налично известие за дължим ДОД | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX |
| 3. Приходи от капитали, без разходите за реклама – включително необлагаемия минимум – Моля, приложете съответните документи; евентуално копие от последното налично известие за дължим ДОД | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX |
| 4. Доходи от несамостоятелна дейност (напр. заплата, трудово възнаграждение от минимална заетост, възнаграждения, еднократни плащания като надбавки за Коледа или отпуск, извънредни плащания и др.) Моля, приложете копие от фиша за заплатата или копие на определените възнаграждения | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX |
| 5. Пенсии Моля, приложете документ за размера на пенсията | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX |
| 6. Доходи от взаимоспомагателен фонд (напр. пенсии от предприятия, допълнителни, частни пенсии от животозастраховане) а) текущи плащания б) еднократни плащания Моля, приложете съответните документи | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX |
| 7. Издръжка на бившия / отделно живеещия брачен партньор, на родителите и т.н. Моля, приложете документи | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX |
| 8. Брутни приходи на брачния/регистрирания житейски партньор, който няма задължителна здравна осигуровка (необходимо да се посочи само ако собственият доход не надвишава евро на месец) Моля, приложете документи | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX |
| 9. Данни за получаването на помощи съгл. том XII на Социалния кодекс на ФРГ (социална помощ; освен при настаняване в стационарни заведения), помощи по Закона за обезщетенията на лица, търсещи убежище Моля, приложете документи | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX |
| 10. Други приходи (напр. обезщетения) Моля, приложете документи | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX |
| 11. Ако никоя от горните точки не се отнася за Вас, моля посочете как се издържате (напр. социални помощи, подпомагане от частно лице). Моля, приложете съответните документи; евентуално копие от последното налично известие за дължим ДОД Ако сте подпомагани от лице, моля попълнете следната декларация: Фамилия, име на лицето <u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> Адрес <u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> <u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> Вид на родствената връзка <u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> <input type="checkbox"/> Подпомагане с безплатна храна и квартира (общо домакинство) <input type="checkbox"/> Финансова подкрепа в размер на средно <u>XXXXXX</u> евро на месец | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX |
| Предоставената от мен информация е вярна. Ще съобщавам незабавно за промени. В случай на заболяване не съм обезпечен/а по друг начин. | | |
| <u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> Дата | <u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> Подпис на члена | <u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> Тел. номер (посочва се доброволно) |

