

Anlage 1 - Antrag auf Kostenübernahme

اطلاعات برای مددکاران اورژانس:

شما بیماری را که بیمه سلامتی نداشته است درمان کرده اید و به این ترتیب باعث کمک به او شده اید. این پشتیبانی اصولاً باید از سوی «اداره کمک های اجتماعی» صورت می گرفت، ولی به دلیل فقدان اطلاع از وضعیت اضطراری، این کمک رسانی انجام نشده بود. شما حالا به عنوان مددکار اورژانس بازپرداخت هزینه درمان را از «اداره کمک های اجتماعی» درخواست کرده اید. شرط لازم برای این بازپرداخت این است که «اداره کمک های اجتماعی» ذی صلاح بر اساس «قانون نامه اجتماعی شماره ۸»، در صورت اطلاع رسانی به موقع، ملزم شناخته شود. در عین حال بیماری که خدمات درمانی را دریافت کرده است، می بایست دلایل قناعت بخشی برای برخورداری از حق دریافت این خدمات را می داشت. مسئولیت اثبات این مساله را شما بر عهده دارید. به منظور ایجاد سهولت برای شما در ارائه مدارک لازم به «اداره کمک های اجتماعی»، پرسشنامه ضمیمه شده را ترتیب داده ایم. این پرسشنامه دقیقاً همان فرمی است که بیمار قبل از درمان، ملزم به ارائه آن به «اداره کمک های اجتماعی» در هنگام صحبت های مقدماتی است. به همین دلیل و با نظرداشت منافع خود شما، از شما خواهش می کنیم که این پرسشنامه را با رضایت صریح بیمار پر کرده و با درخواست بازپرداخت هزینه ها بر اساس بند ۲۵ «قانون نامه اجتماعی» یا بند ۶ الف «قانون کمک برای متقاضیان پناهندگی»، همراه با مدارک تحویل دهید.

اطلاعات برای بیماران:

شما در بیمارستان، خدمات درمانی پزشکی دریافت کرده اید و بیمه سلامتی ندارید. از این رو شما ملزم هستید شخصا هزینه های درمان خود را بپردازید. البته در صورتی که حق دریافت کمک های اجتماعی و یا کمک های مربوط به قانون درخواست کنندگان پناهندگی را داشته باشید، هزینه های درمان می تواند استثنائاً از طرف «اداره کمک های اجتماعی» ذی صلاح پرداخت شود. برای بررسی این درخواست از شما موکداً خواهش می کنیم که پرسشنامه ضمیمه شده را به طور کامل پر و امضا کنید. پس از آن بیمارستانی که شما را بدون داشتن بیمه سلامتی درمان کرده است این پرسشنامه را همراه با درخواست خود برای بازپرداخت بر اساس بند ۲۵ «قانون نامه اجتماعی» یا به عبارت دیگر بند ۶ الف «قانون کمک برای متقاضیان پناهندگی» به «اداره خدمات اجتماعی» ذی صلاح تحویل خواهد داد.

اطلاعات برای اتباع خارجی:

اشخاص نامبرده در بند ۲۰۳ پاراگراف ۱ و ۳ آیین نامه کیفری (یعنی به عنوان مثال پزشک، مدیریت بیمارستان) نظر به بند ۲۰۳ آیین نامه کیفری تعهد به رازداری دارند. اداره خدمات اجتماعی در چارچوب بررسی ادعای شما بر اساس بند ۲۵ «قانون نامه اجتماعی» یا به عبارت دیگر بند ۶ الف «قانون کمک برای متقاضیان پناهندگی»، اجازه ابلاغ مشخصات شما به «اداره اتباع خارجی» را دارد. اما فقط نام و تاریخ تولد ابلاغ می شود.

اطلاعاتی را که با اظهار ادعاهای خود بر اساس بند ۲۵ «قانون نامه اجتماعی شماره ۷» به بیمارستان ارائه می کنید و این اطلاعات به منظور تسویه حساب به «اداره خدمات اجتماعی» ابلاغ می گردند، مجاز به استفاده برای تدابیر «قانون اقامت» و یا «قانون انتخاب آزاد محل سکونت/اتحادیه اروپا» (به عبارت دیگر حفاظت از اطلاعات اجتماعی تمديد شده) نیستند. در صورتی که مستحق دریافت کمک بر اساس «قانون کمک برای متقاضیان پناهندگی» باشید، «حفاظت از اطلاعات اجتماعی تمديد شده» فاقد اعتبار می شود. در این صورت «اداره اتباع خارجی» مجاز است تا مشخصات شما را که از طرف «اداره خدمات اجتماعی» ابلاغ شده است در صورت لزوم برای تدابیر مربوط به «قانون اقامت» و یا «قانون انتخاب آزاد محل سکونت» نیز مورد استفاده قرار دهد.

Anlage 1 - Antrag auf Kostenübernahme

علاوه بر این به منظور جلوگیری از خطرات جدی جسمانی و حیاتی تبعه خارجی و اشخاص ثالث و یا در صورتی که فرد خارجی سلامت عمومی را به خطر بیندازد و اقدامات ویژه محافظتی پس از ایجاد خطر ممکن نباشد و یا از طرف فرد خارجی رعایت نشوند (بند ۸۸ پاراگراف ۲ شماره ۱ «قانون اقامت»)،

یا در صورتی که مشخصات برای تشخیص الزامی باشند، که آیا شرایط لازم بر اساس بند ۵۴ پاراگراف ۲ شماره ۴ «قانون اقامت» فراهم هستند (مثلا وابستگی شدید به مواد مخدر و امتناع از اقدامات توانبخشی لازم)، بند ۸۸ پاراگراف ۲ شماره ۲ «قانون اقامت»، به «اداره اتباع خارجی» نیز ابلاغ صورت می گیرد.

شماره ۱ در زیر باید از طرف مددکار اورژانس پُر شود.

۱) مورد پزشکی اورژانس

الف) شرح مورد پزشکی اورژانس مشمول تشخیص بیماری، درمان لازم و بررسی های ضروری می باشد (باید از طرف مددکار اورژانس، به عنوان مثال بیمارستان صادر و به درخواست، ضمیمه شود).

ب) زمان پذیرش / مدت زمان درمان

شماره های ۲ تا ۱۳ در زیر باید از طرف بیمار پُر شوند.

۲) مشخصات شخصی شما

نام خانوادگی:

نام (های) کوچک:

نام در هنگام تولد:

تاریخ تولد:

محل تولد:

جنسیت:

تابعیت:

وضعیت تاهل:

نشانی (نشانی موقت):

و یا در صورت لزوم محل اقامت معمول:

در صورت لزوم نشانی اصلی در زادگاه:

شماره تلفن (اطلاعات داوطلبانه):

Anlage 1 - Antrag auf Kostenübernahme

کپی پاسپورت و یا یک مدرک هویتی مناسب دیگر (به عنوان مثال مدارک رسمی دیگر با عکس مانند گواهینامه رانندگی) را ضمیمه کنید.

ارائه کپی امکان ندارد، چون:
در عوض، هویت به این شکل به اثبات می رسد:

وضعیت اقامت قانونی شما چگونه است؟
(لطفاً کپی مدرک را ضمیمه کنید.)

وضعیت/اطلاعات مربوط به مدرک اقامت قانونی و یا گواهی های دیگر:

مدت اعتبار تا:

صادر شده از طرف:

۳) بیماریانی که زیر سن قانونی هستند: اطلاعات در مورد پدر و مادر

پدر:

نام خانوادگی:

نام (های) کوچک:

تاریخ تولد:

نشانی:

بیمه درمانی موجود است، از:

مادر:

نام خانوادگی:

نام (های) کوچک:

تاریخ تولد:

نشانی:

بیمه درمانی موجود است، از:

الف) آیا پدر و مادر درآمد دارند؟

بله - چه مقدار؟ : _____ یورو در ماه

منبع این درآمد عبارت است از:

Anlage 1 - Antrag auf Kostenübernahme

اشتغال توام با الزام به پرداخت بیمه های اجتماعی

اشتغال با درآمد ناچیز (مینی جاب)

شغل آزاد

دریافت کمک های اجتماعی (مثلاً نظر به کتاب قانون اجتماعی شماره ۲)

(لطفاً مدارک را ضمیمه کنید)

نه

در صورتی که «نه» انتخاب شده باشد، به این شکل امرار معاش می شود:

۴) اطلاعات در مورد درآمد و دارایی

چگونه امرار معاش می کنید؟

الف) آیا شما درآمد دارید؟

بله- چه مقدار؟ : _____ یورو در ماه

در صورتی که «بله» انتخاب شده باشد، منبع این درآمد عبارت است از:

اشتغال توام با الزام به پرداخت بیمه های اجتماعی

اشتغال با درآمد ناچیز (مینی جاب)

شغل آزاد

دریافت کمک های اجتماعی، و مشخصاً:

درآمد های دیگر (حقوق بازنشستگی، اجاره خانه و غیره)

نه

در صورتی که «نه» انتخاب شده باشد: به این شکل امرار معاش می شود/ یا می شد: (فهرست بندی دقیق در مورد اینکه چگونه و از کجا امرار معاش صورت می گرفت، به عنوان مثال، با جمع آوری بطری ها، با فروش مجله «اینس اوند کونس»):

ب) آیا در آلمان و یا در کشور دیگری دارایی دارید (به خصوص در مورد خارجی ها: در زادگاه خود)؟

نه

Anlage 1 - Antrag auf Kostenübernahme

بله – به چه مقدار یا به عبارت دیگر با چه ارزشی؟

پول نقد:

پول پس انداز:

زمین و اموال غیر منقول:

اتومبیل شخصی:

دارایی های دیگر:

۵) مقصر بودن اشخاص ثالث در بروز بیماری

آیا شخص ثالث سبب بیماری شما شده است (به عنوان مثال تصادف با اتومبیل)؟

نه

بله

در صورتی که «بله» انتخاب شده باشد، لطفاً مکان و شرایطی که در آن سانحه رخ داده است را توضیح دهید:

لطفاً نام و نشانی شخص ثالث و در صورت امکان نام و نشانی بیمه را بنویسید:

آیا رخ دادن سانحه با شغل / وظیفه شما ربط داشته است؟ (به عنوان مثال سانحه کاری، در موقع آموزش در مدرسه، همچنین سانحه در راه)؟

نه

بله

در صورتی که «بله» انتخاب شده باشد، لطفاً مکان و شرایطی که در آن سانحه رخ داده است را توضیح دهید:

نام و نشانی کارفرما و یا به عنوان مثال مدرسه را بنویسید:

نام و نشانی شرکت بیمه حوادث را بنویسید:

۶) بیمه درمانی خود شخص

آیا شما در آلمان بیمه درمانی دارید و یا داشته اید؟

بله

Anlage 1 - Antrag auf Kostenübernahme

بیمه درمانی دولتی (احياناً بیمه خانوادگی)

بیمه درمانی شخصی

نام و مقرر شرکت بیمه یا بیمه درمانی:

نه

در صورتی که «نه» انتخاب شده باشد: من بیمه درمانی دولتی زیر را بر می‌گزینم:

آیا شما در میهن خود بیمه درمانی دارید یا داشته اید؟

بله - لطفاً نام بیمه / مقرر شرکت بیمه / و کشوری که در آنجا بیمه بوده اید را بنویسید:

(کپی گواهی، مثلاً کارت بیمه درمانی خارجی، کارت بیمه بهداشتی اروپا (EHIC- کارت بیمه درمانی اروپا)، گواهی نامه جایگزین موقت (PEB)، باید ضمیمه شود).

نه

(کپی گواهی مبتنی بر عدم داشتن بیمه باید ضمیمه شود).

شما تا چه زمانی بیمه داشتید؟

آیا شما در میهن خود بیمه درمانی برای مسافرت را دارید یا داشته اید؟

بله - نام بیمه / مقرر شرکت بیمه / کشوری که در آن بیمه بودید را بنویسید.

(لطفاً کپی گواهی را ضمیمه کنید)

نه

۷) بیمه درمانی همسر یا شریک زندگی (در صورتی که زندگی مشترک در کشور مبدا برابر با ازدواج تلقی می‌شود)

نام:

آیا او [مرد یا زن] در آلمان بیمه درمانی دارد یا داشته است؟

بله

بیمه درمانی دولتی (احياناً بیمه خانوادگی)

بیمه درمانی شخصی

Anlage 1 - Antrag auf Kostenübernahme

نام و مقرر شرکت بیمه یا بیمه درمانی:
(لطفاً کپی گواهی را ضمیمه کنید)

تا چه زمانی او بیمه داشت:

نه

آیا همسر و یا شریک زندگی شما در میهن خودش بیمه درمانی دارد یا داشته است؟

بله – لطفاً نام بیمه/ مقرر شرکت بیمه/ نام کشور محل بیمه را بنویسید.

(کپی گواهی، مثلاً کارت بیمه درمانی خارجی، کارت بیمه بهداشتی اروپا (EHIC- کارت بیمه درمانی اروپا)، گواهی نامه جایگزین موقت (PEB)، باید ضمیمه شود).

نه

(کپی گواهی مبتنی بر عدم داشتن بیمه باید ضمیمه شود).

آیا همسر و یا شریک زندگی شما در میهن خودش بیمه درمانی برای مسافرت را دارد یا داشته است؟

بله – لطفاً نام بیمه/ مقرر شرکت بیمه/ نام کشور محل بیمه را بنویسید.
(کپی گواهی باید ضمیمه شود)

نه

۸) در صورت بارداری یا زایمان

پدر فرزند: نام، نشانی، بیمه درمانی و تابعیت

پدر فرزند نامعلوم است

۹) اطلاعات درباره ورود و اقامت در آلمان؟

چه وقت به آلمان وارد شدید؟

از چه مدتی در هامبورگ اقامت دارید؟

قبل از نقل مکان کردن به هامبورگ، در کجا اقامت داشتید؟

دلایل سفر شما به آلمان چه بود؟

Anlage 1 - Antrag auf Kostenübernahme

آیا شخص ثالثی قبل از سفر شما، به اداره اتباع خارجی و یا به نمایندگی های خارجی تعهد نامه ای بر اساس پاراگراف ۶۸ قانون اقامت تحویل داده است؟ (آیا کسی می خواست زندگی شما را در آلمان تامین کند؟)

نه

بله – نام و نشانی شخص تعهدکننده

(در صورت امکان، کپی تعهدنامه را ضمیمه کنید)

آیا حاضر هستید که پس از درمان بیماری بازگشت کنید؟

نه، دلیل:

بله

تذکر: در صورتی که حاضر به بازگشت پس از درمان باشید، خروج شما از آلمان اصولاً باید حداکثر در جریان یک ماه پس از پایان درمان صورت گیرد.

۱۰. اطلاعات درباره همسر یا شریک زندگی بیمار

همسر یا شریک زندگی وجود ندارد

نام خانوادگی:

نام (های) کوچک:

نام هنگام تولد:

تاریخ تولد:

محل تولد:

جنسیت:

تابعیت:

فعالیت شغلی فعلی:

وضعیت تاهل:

نشانی:

(نشانی موقت)

در صورت لزوم نشانی اصلی در زادگاه:

شماره تلفن (اطلاعات داوطلبانه):

در صورت لزوم وضعیت قانونی اقامت:

(لطفاً کپی گواهی را ضمیمه کنید)

Anlage 1 - Antrag auf Kostenübernahme

۱۱) اطلاعات در رابطه با درآمد همسر یا شریک زندگی

آیا همسر یا شریک زندگی و یا (در صورتی که بیمار به سن قانونی نرسیده باشد) پدر و مادر شما درآمد دارند؟

بله - چه مقدار؟ : _____ یورو در ماه

منبع این درآمد عبارت است از:

اشتغال توام با الزام به پرداخت بیمه های اجتماعی

اشتغال با درآمد ناچیز (مینی جاب)

شغل آزاد

دریافت کمک های اجتماعی

(لطفاً مدارک را ضمیمه کنید)

نه

در صورتی که «نه» انتخاب شده باشد، به این شکل امرار معاش می شود:

۱۱) اطلاعات در رابطه با فرزندان بیمار

فرزندان بله نه

در صورتی که «بله» را علامت گذاری کرده باشید، لطفاً جدول را پر کنید:

فرزند سوم	فرزند دوم	فرزند اول	
			نام خانوادگی
			نام (های) کوچک
			نام در هنگام تولد
			تاریخ تولد
			محل تولد

Anlage 1 - Antrag auf Kostenübernahme

			جنسیت
			تابعیت
			حالت تاهل
			نشانی (نشانی موقت)
			در صورت لزوم نشانی اصلی در زادگاه
			تلفن (داوطلبانه)
			در صورت لزوم وضعیت قانونی اقامت (لطفاً کپی گواهی را ضمیمه کنید)
			مدرسه، در صورتی که به مدرسه برود. (لطفاً کپی گواهی را ضمیمه کنید)

آیا فرزند و یا فرزندان شما درآمد دارند؟

بله - چه مقدار؟ : _____ یورو در ماه

منبع این درآمد عبارت است از:

اشتغال توام با الزام به پرداخت بیمه های اجتماعی

اشتغال با درآمد ناچیز (مینی جاب)

شغل آزاد

دریافت کمک های اجتماعی

در صورتی که پاسخ مثبت باشد: آیا به پدر و مادر برای امرار معاش کمک می شود (به عنوان مثال حمایت مالی، مسکن)؟
چه مقدار؟

Anlage 1 - Antrag auf Kostenübernahme

۱۳) پشتیبانی از طرف نهادهای دیگر

آیا وکیل مدافع استخدام کرده اید؟ اگر چنین است: او وکالت شما را در چه زمینه هایی به عهده دارد؟ آیا مدارک شما در آنجا موجود هستند؟

نام خانوادگی:

نشانی:

تلفن/فاکس/ایمیل

آیا برای شما از طرف نهاد مشاورتی (- مهاجرین) مشاوره و پشتیبانی ارائه می شود؟ آیا مدارک شما در آنجا موجود هستند؟

نام خانوادگی:

نشانی:

تلفن/فاکس/ ایمیل

توضیح بیمار:

من به شما اطمینان می دهم که اطلاعات فوق را به صورت صادقانه ارائه داده ام.

من موافق هستم که داده های من با هدف صدور صورت حساب در چارچوب درخواست بازپراخت هزینه به نهاد کمک های اجتماعی هامبورگ ارسال شوند و مورد ارزیابی قرار گیرند، و در این راستا پزشک را از الزام به رازداری آزاد می کنم.

من تقاضای به عهده گرفتن هزینه درمان خود از سوی نهاد کمک های اجتماعی را دارم.

تاریخ، محل و امضای بیمار