

مرفق رقم 1 - استمارة طلب تحمل التكاليف

إرشادات للمسعف

لقد قمت بعلاج مريض ليس لديه تأمين صحي ، وبالتالي قدمت المساعدة التي كان ينبغي أن تقدمها هيئة الضمان الاجتماعي ولكن الأخيرة لم تتمكن من تقديمها بسبب عدم معرفتها بالحالة الطارئة. ستقدم بعدها كونك مسعف طوارئ طلباً إلى هيئة الضمان الاجتماعي المسؤولة لتعويضك عن تكاليف العلاج. والشرط لحقك بالتعويض هو أن تكون هيئة الضمان الاجتماعي المسؤولة كانت ستقدم مساعدات بموجب قانون الضمان الاجتماعي (SGB XII) في حال توفرت لديها المعرفة بالحالة في الوقت المناسب. لذلك يجب أن يكون المريض الذي قمت بعلاجه ممن يحق لهم قانوناً الاستفادة من تلك المساعدة الممنوحة. ويقع عليك عبء إثبات ذلك. من أجل تسهيل الأمر لك لإثبات أن هيئة الضمان الاجتماعي ملزمة بدفع الاستحقاقات ، تم إعداد الاستبيان المرفق ، الذي يستفسر عن نفس المعلومات التي كانت هيئة الضمان الاجتماعي ستطلبها في حال لو تمت عرض المريض عليها قبل العلاج. لذلك ومن أجل مصلحتك الشخصية ، نرجو منك ملء هذا الاستبيان حالاً وبموافقة صريحة من المريض وإرفاق طلبك مع الإثباتات اللازمة من أجل استرداد التكاليف وفقاً للمادة 25 من قانون الضمان الاجتماعي (SGB XII) أو المادة 6 أ من قانون إعانات طالبي اللجوء (AsylbLG)

ملاحظة للمرضى

لقد تلقت علاجاً طبياً في المستشفى وليس لديك تأمين صحي. لذلك عليك أن تتحمل تكلفة علاجك بنفسك. ولكن في حالات استثنائية يمكن سداد تكاليف علاجك للمستشفى من قبل هيئة الضمان الاجتماعي المسؤولة وذلك إذا كان يحق لك الحصول على مساعدة اجتماعية أو إعانات اجتماعية بموجب قانون إعانات طالبي اللجوء. للتمكن من بحث الأمر، نطلب منك بشكل عاجل ملء الاستبيان المرفق كاملاً وتوقيعه. سيقوم المستشفى الذي عالجك بدون تغطية تأمين صحي بعد ذلك بتقديم الاستبيان مع طلبه لسداد التكاليف إلى هيئة الضمان الاجتماعية المسؤولة وذلك وفقاً للمادة 25 من قانون الضمان الاجتماعي (SGB XII) أو المادة 6 أ من قانون إعانات طالبي اللجوء (AsylbLG)

ملاحظة للأجانب:

إن الأشخاص المشار إليهم في المادة 203 من الفقرة 1 إلى 3 من القانون الجنائي (مثلاً الطبيب أو إدارة المستشفى) يخضعون لوجوب كتمان المعلومات وفقاً للمادة 203 من القانون الجنائي. يحق لمكتب الخدمات الاجتماعية نقل بياناتك إلى دائرة الهجرة وذلك في إطار فحص المطلب وبموجب المادة 25 من قانون الضمان الاجتماعي (SGB XII) أو المادة 6 أ من قانون إعانات طالبي اللجوء (AsylbLG) ولكن مع ذلك سيتم فقط إرسال الاسم وتاريخ الميلاد.

إن البيانات التي تقدمها إلى المستشفى ضمن إطار المطالبة بالحقوق بخصوص طلب المساعدات وفق المادة 25 من قانون الضمان الاجتماعي (SGB XII) والتي يجب على المستشفى نقلها إلى مكتب الخدمة الاجتماعية لإتمام إجراءات سداد المستحقات، لا يجوز استخدامها لأمر تتعلق بقانون الإقامة أو قانون حرية التنقل / الاتحاد الأوروبي (ما يُعرف بحماية البيانات الاجتماعية الموسعة). لا تنطبق حالة حماية البيانات الاجتماعية الموسعة إذا كان يحق لك الحصول على إعانات بموجب قانون إعانات طالبي اللجوء (AsylbLG) في هذه الحالة يجوز لدائرة الهجرة أيضاً استخدام بياناتك التي يرسلها مكتب الخدمة الاجتماعية لإجراءات تتعلق بقانون الإقامة أو قانون حرية حركة الأشخاص.

يتم نقل البيانات إلى دائرة الهجرة أيضاً ،

لدرء مخاطر جسيمة على صحة وحياة الأجنبي نفسه أو على طرف آخر، أو إذا كان الأجنبي يُعرض الصحة العامة للخطر وكانت تدابير السلامة الخاصة لاستبعاد الخطر غير ممكنة أو لا تتم مراعاتها من قبل الأجنبي (المادة 88 الفقرة 2 رقم 1 من قانون الإقامة)

أو

عندما تكون البيانات مهمة لتحديد ما إذا كانت الشروط المحددة في المادة 54 الفقرة 2 رقم 4 من قانون الإقامة مستوفية (إدمان المخدرات المفرط ورفض اتخاذ إجراء إعادة التأهيل الصحي) ، المادة 88 الفقرة 2 رقم 2 من قانون الإقامة.

يجب تعبئة الرقم 1 التالي من قبل المسعف

1. الطوارئ الطبية

(أ) بيان حالة الإسعاف الطبية ، والتي تشمل التشخيص والعلاج المطلوب وشهادة بان الحالة طارئة (يجب أن يتم إصدارها مباشرة من قبل المسعف ، على سبيل المثال المستشفى ، ومرفقة بالطلب).

(ب) وقت القبول / فترة العلاج

مرفق رقم 1 - استمارة طلب تحمل التكاليف

يجب ملئ النقاط التالية من 2 إلى 13 من قبل المريض.

2. بياناتك الشخصية:

اسم العائلة:

الاسم:

اسم العائلة الأصلي:

تاريخ الميلاد:

مكان الولادة:

الجنس:

الجنسية:

الوضع العائلي:

العنوان (أيضاً عنوان الشخص المضيف عند وجوده):
أو أيضاً مكان السكن المعتاد:

أيضاً العنوان في البلد الأصلي:

رقم الهاتف (جواب اختياري):

يُرجى إرفاق نسخة مصورة عن جواز سفرك أو أي إثبات شخصي آخر مناسب (مثل المستندات الرسمية الأخرى مع صورة كرخصة القيادة .. الخ).

النسخة المصورة غير ممكنة ، بسبب
بدلاً من ذلك ، يتم التحقق من الشخصية على النحو التالي:

ما هو نوع إقامتك ؟
(يرجى إرفاق نسخة من الإثبات)

حالة / بيان سند الإقامة أو شهادة أخرى:

صالحة لتاريخ:

مُنحت من:

3. للمرضى القاصرين: بيانات الوالدين: الأب

اسم العائلة:

الاسم:

تاريخ الميلاد:

العنوان:

التأمين الصحي لدى:

الأم:

اسم العائلة:

مرفق رقم 1 - استمارة طلب تحمل التكاليف

الاسم:

تاريخ الميلاد:

العنوان:

التأمين الصحي لدى:

(أ) هل لدى الوالدين دخل؟

نعم - كم يبلغ؟: _____ يورو / شهر

هناك إيرادات من:

عمل مسجل ضريبياً في هيئة الضمان الاجتماعي

عمل بدخل محدود (ميني جوب)

عمل حر

معونات اجتماعية (مثل SGB II)

(يرجى إرفاق الإثبات)

لا

إذا لم يكن الأمر كذلك ، فإن نفقات المعيشة يتم تمويلها على النحو التالي:

4. بيانات عن الدخل والممتلكات

كيف تتكسب نفقات المعيشة؟

(أ) هل لديك دخل؟

نعم - كم يبلغ؟: _____ يورو / شهر

إذا كان الجواب نعم: هناك إيرادات من:

عمل مسجل ضريبياً في هيئة الضمان الاجتماعي

عمل بدخل محدود (ميني جوب)

عمل حر

معونات اجتماعية، وهي:

نفقة

موارد دخل أخرى (راتب تقاعدي، إيجارات .. الخ.)

لا

إذا لم يكن الأمر كذلك ، يتم كسب الرزق أو تم كسبه (سرد وتحديد كيفية ومكان كسب الرزق ، على سبيل المثال ، جمع الفوارغ ، الاستعراض و الفن):

(ب) هل لديك ممتلكات في ألمانيا أو في بلد آخر (بخصوص الأجانب: في بلدك)؟

مرفق رقم 1 - استمارة طلب تحمل التكاليف

لا

نعم - كم تبلغ أو ماهي قيمتها ؟

سيولة نقدية:

رصيد حساب توفير:

أراضي/عقارات:

سيارة:

ممتلكات أخرى:

5. طرف ثالث هو المتسبب بالمرض:

هل هناك طرف ثالث تسبب بمرضك (على سبيل المثال بسبب حادث سيارة)؟

لا

نعم

إذا كان الأمر كذلك ، وكان قد وقع حادث، يرجى وصف المكان والظروف التي أدت إلى وقوع الحادث:

يرجى ذكر اسم وعنوان الطرف الثالث أو التأمين ، إن وجد:

هل هناك حادث مرتبط بنشاطك / بوظيفتك (على سبيل المثال بسبب حادث في العمل ، أثناء دوام المدرسة ، في طريق التنقل أيضاً)؟

لا

نعم

إذا كان الأمر كذلك ، وكان قد وقع حادث، يرجى وصف المكان والظروف التي أدت إلى وقوع الحادث:

يرجى ذكر اسم وعنوان صاحب العمل أو المدرسة:

يرجى ذكر اسم وعنوان شركة التأمين ضد الحوادث:

6. تأمينك الصحي:

هل أنت مؤمن صحياً في ألمانيا أو كان لديك تأمين صحي ؟

نعم:

تأمين صحي حكومي (بما يشمل تأمين صحي كأحد أفراد العائلة)

تأمين صحي خاص

اسم وعنوان مقر شركة التأمين الصحي:

مرفق رقم 1 - استمارة طلب تحمل التكاليف

ما هو تاريخ انتهاء سريان التأمين الصحي:

لا

إذا كان الجواب لا: اخترت شركة التأمين الصحي التالية:

هل أنت حالياً مؤمن صحياً في بلدك الأصلي أو كان لديك تأمين صحي؟

نعم - اسم شركة التأمين الصحي / عنوان المقر / اسم البلد الذي يسري فيه التأمين

(يجب إرفاق نسخة عن بوليصة التأمين مثل بطاقة التأمين الأجنبي أو بطاقة التأمين الصحي الأوربي (Health European Card, EHIC-Insurance) أو بديل مؤقت عن بطاقة التأمين)

لا

(يجب إرفاق نسخة عن إثبات عدم وجود تأمين)

ما هو تاريخ انتهاء سريان التأمين الصحي:

هل لديك الآن أو كان لديك في وقت سابق تأمين صحي للسفر في بلدك الأصلي؟

نعم - اسم شركة التأمين الصحي / عنوان المقر / اسم البلد الذي يسري فيه التأمين (يرجى إرفاق نسخة من الإثبات)

لا

7. التأمين الصحي للزوج/ة أو شريك/ة الحياة (في حال كانت الشراكة خارج الزواج تعامل بمعاملة الزواج في البلد الأصلي)

اسم العائلة:

هل لديه/لديها حالياً تأمين صحي في البلد الأصلي أو كان لديه/لديها تأمين صحي؟

نعم:

تأمين صحي حكومي (بما يشمل تأمين صحي كأحد أفراد العائلة)

تأمين صحي خاص

اسم وعنوان مقر شركة التأمين الصحي:
(يرجى إرفاق نسخة من الإثبات)

ما هو تاريخ انتهاء سريان التأمين الصحي:

لا

هل لدى الزوج/ة أو شريك/ة الحياة حالياً أو كان لديه/لديها في وقت سابق تأمين صحي في البلد الأصلي؟

نعم - اسم شركة التأمين الصحي / عنوان المقر / اسم البلد الذي يسري فيه التأمين

(يجب إرفاق نسخة عن بوليصة التأمين مثل بطاقة التأمين الأجنبي أو بطاقة التأمين الصحي الأوربي (Health European Card, EHIC-Insurance) أو بديل مؤقت عن بطاقة التأمين)

لا

(يجب إرفاق نسخة عن إثبات عدم وجود تأمين)

هل لدى الزوج/ة أو شريك/ة الحياة حالياً أو كان لديه/لديها في وقت سابق تأمين صحي للسفر في البلد الأصلي؟

مرفق رقم 1 - استمارة طلب تحمل التكاليف

- نعم - اسم شركة التأمين الصحي / عنوان المقر / اسم البلد الذي يسري فيه التأمين (يرجى إرفاق نسخة من الإثبات)
- لا

8. عند وجود حالة حمل أو ولادة

والد الطفل: الاسم والعنوان والتأمين الصحي والجنسية

والد الطفل غير معروف

9. بيانات الدخول إلى ألمانيا والإقامة فيها

ما هو تاريخ الدخول إلى ألمانيا؟

منذ متى وأنت تقيم في مدينة هامبورغ؟

أين كنت تقيم قبل أن تنتقل للعيش في مدينة هامبورغ؟

ما هو سبب قدومك إلى ألمانيا؟

هل تعهد طرف ثالث أمام دائرة الهجرة أو أحد السفارات في الخارج بكفالتك وفقاً للمادة 68 من قانون الإقامة قبل مجيئك إلى ألمانيا؟ (هل تكفل أحد الأشخاص بتكاليف معيشتك في ألمانيا؟)

لا

نعم - اسم وعنوان مقدم الكفالة:

(يرجى إرفاق نسخة عن تعهد الكفالة إذا أمكن)

هل أنت مستعد لمغادرة ألمانيا بعد المعالجة الطبية؟

لا، للسبب التالي:

نعم:

ملحوظة: في حال كنت مستعداً لمغادرة ألمانيا بعد المعالجة يجب عندها أن تتم المغادرة قبل انقضاء مدة أقصاها شهر بعد انتهاء المعالجة.

10. بيانات الزوج/ة أو شريك/ة الحياة للمريض:

لا يوجد زوج/ة أو شريك/ة حياة

اسم العائلة:

الاسم:

اسم العائلة الأصلي:

تاريخ الميلاد:

مرفق رقم 1 - استمارة طلب تحمل التكاليف

مكان الولادة:

الجنس:

الجنسية:

المهنة الحالية:

الوضع العائلي:

العنوان:

(أيضاً عنوان الشخص المضيف عند وجوده)

عند الضرورة العنوان في البلد الأصلي:

رقم الهاتف (جواب اختياري):

عند الضرورة بيانات الإقامة:

(يرجى إرفاق نسخة من وثيقة الإقامة)

11. بيانات الدخل المادي للزوج/ة أو شريك/ة الحياة

هل يحقق الزوج/ة أو شريك/ة الحياة أو (إذا كان المريض قاصراً) الوالدين دخلاً مادياً؟

نعم - كم يبلغ؟: _____ يورو / شهر

هناك إيرادات من:

عمل مسجل ضريبياً في هيئة الضمان الاجتماعي

عمل بدخل محدود (مبني جوب)

عمل حر

معونات اجتماعية

(يرجى إرفاق الإثبات)

لا

إذا لم يكن الأمر كذلك ، فإن نفقات المعيشة يتم تمويلها على النحو التالي:

12. بيانات أطفال المريض

يوجد أطفال نعم لا

إذا كان الجواب نعم، يرجى تعبئة الدول التالي:

3 طفل	2 طفل	1 طفل	
			اسم العائلة:
			الاسم:
7			اسم العائلة الأصلي:
			تاريخ الميلاد:

هل لدى الطفل أو الأطفال دخل مادي خاص بهم؟

نعم - كم يبلغ؟: _____ يورو / شهر

هناك إيرادات من:

عمل مسجل ضريبياً في هيئة الضمان الاجتماعي

عمل بدخل محدود (مبني جوب)

عمل حر

معونات اجتماعية

إذا كان الجواب نعم: هل يتسلم الوالدين نفقة للأطفال (على شكل مساعدات مادية أو منزل مجاني) ما هو مبلغ تلك النفقة؟

13. الدعم من قبل جهة أخرى

هل قمت بتوكيل محامي؟ إذا كان الجواب نعم، ماهي المجالات القانونية التي يشملها التوكيل؟ هل تلقى المحامي الملفات المتعلقة بك؟

اسم العائلة:

العنوان:

رقم الهاتف/ الفاكس/ الايميل:

مرفق رقم 1 - استمارة طلب تحمل التكاليف

هل تتلقى المشورة و المساعدة من أحد مراكز تقديم المشورة (للاجئين)؟ هل توصلت من قبل مع أحد مراكز تقديم المشورة (للاجئين)؟
هل لدى المركز الملقات المتعلقة بك؟

اسم العائلة:

العنوان:

رقم الهاتف/ الفاكس/ الايميل:

تعهد يقدمه المريض/ة:

أتعهد بأن جميع المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة و حقيقية.
لا مانع لدي من أجل تسديد الفواتير بأن يتم تمرير البيانات المتعلقة بي إلى هيئة الضمان الاجتماعي المسؤولة في هامبورغ عند تقديم طلب بتحمل التكاليف، وكذلك أعفي الطبيب المعالج من واجب حفظ سرية البيانات.
أرجو تحمّل تكاليف العلاج من قِبَل هيئة الضمان الاجتماعي.

التاريخ والمكان وتوقيع المريض/ة