

# Informationen für geflüchtete Menschen aus der Ukraine

## 1 Krankenversicherung

Ab dem 01.06.2022 können Geflüchtete aus der Ukraine finanzielle Unterstützung nach dem Arbeitslosengeld II (ALG II) erhalten. Somit können Sie ab dem 01.06.2022 die BARMER als Ihre Krankenkasse wählen. Wir unterstützen Sie gerne bei der Beantragung einer Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse. Besuchen Sie uns in unseren Geschäftsstellen oder scannen Sie den QR-Code für weitere Infos.



## 2 Mitgliedsbescheinigung

Damit Sie Ihren Antrag auf staatliche Hilfen (ALG II) stellen können, benötigen Sie eine Mitgliedsbescheinigung der BARMER. Diese Mitgliedsbescheinigung erhalten Sie, sobald Sie Ihren Aufnahmeantrag bei uns gestellt haben. Für weitere Infos scannen Sie einfach den QR-Code oder kommen Sie zu uns in die Geschäftsstellen und holen Sie sich Ihre Mitgliedsbescheinigung ab.



## 3 Familienversicherung

Die gesetzliche Familienversicherung bietet einen optimalen Schutz für Ihre Angehörigen, zum Beispiel Ehepartner/Lebenspartner, leibliche und adoptierte Kinder, Stiefkinder und Enkelkinder sowie Pflegekinder. Familienangehörige, die kein oder nur ein geringes eigenes Einkommen haben und bestimmte Voraussetzungen erfüllen, sind ganz einfach bei Ihnen mitversichert. Denn die Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse kostet Sie keine zusätzlichen Beiträge. Gerne beraten wir Sie in unseren Geschäftsstellen zur kostenfreien Familienversicherung.



## 4 Behandlungsschein

Für die Behandlung bei Ärzten, Zahnärzten oder im Krankenhaus benötigen Sie eine elektronische Gesundheitskarte. Wenn Sie die BARMER als Ihre Krankenkasse wählen, erhalten Sie diese innerhalb weniger Tage per Post zugeschickt. Sollten Sie früher zu einem Arzt oder einer Ärztin müssen, stellen wir Ihnen in unserer Geschäftsstelle vorübergehend einen Behandlungsschein aus.



## 5 Überall für Sie da

Wie bekomme ich einen Termin bei einem Arzt oder einer Ärztin? Welche Behörden können mir helfen und wo bekomme ich wichtige Dokumente? Die BARMER hat über 350 Geschäftsstellen in Deutschland, wir helfen Ihnen auch an Ihrem Ort gerne persönlich weiter. Einfach unter [www.barmer.de/a000629](http://www.barmer.de/a000629) Ihren Ort oder Ihre Postleitzahl eingeben.



## 6 Sonderhotline und Krisenchat

Unter der **kostenfreien** Rufnummer 0800 84 84 111\* helfen Ihnen unsere Gesundheitsexperten und -expertinnen rund um die Uhr weiter und geben Ihnen zum Beispiel Tipps, wie Sie mit Sorgen und Ängsten umgehen können.



Unser Partner [krisenchat.de](http://krisenchat.de) bietet außerdem die Möglichkeit, sich online, anonym und ohne Wartezeit per WhatsApp psychologisch beraten zu lassen. Die Beratung ist kostenlos, kann auf Ukrainisch stattfinden und wird ehrenamtlich von qualifizierten Beraterinnen und Beratern angeboten.



Weitere Infos:  
[www.barmer.de/ukraine-hilfe](http://www.barmer.de/ukraine-hilfe)

# Інформація для біженців з України

## 1 Медичне страхування

З 01 червня 2022 року біженці з України можуть отримувати фінансову підтримку відповідно до допомоги по безробіттю II (ALG II). Це означає, що з 01 червня 2022 року Ви можете обрати компанію BARMER для оформлення медичного страхування. Ми будемо раді допомогти Вам подати заявку на оформлення медичного страхування. Завітайте до нас у наші офіси або відскануйте QR-код для отримання додаткової інформації.



## 2 Свідоцтво про членство

Щоб подати заявку на державну допомогу (ALG II), Вам потрібно мати свідоцтво про членство від BARMER. Ви отримаєте це свідоцтво про членство, щойно Ви подасте заявку на членство. Щоб отримати додаткову інформацію, відскануйте QR-код або завітайте до нас у наші офіси, щоб отримати свідоцтво про членство.



## 3 Сімейне страхування

Обов'язкове сімейне страхування пропонує оптимальний захист Ваших утриманців, наприклад, чоловіка/дружини, біологічних та усиновлених дітей, пасинків та онуків, а також прийомних дітей. Члени сім'ї, які не мають власного доходу або мають низький дохід та відповідають певним вимогам, можуть бути застраховані разом із Вами. Сімейне страхування в фонді медичного страхування не потребує від Вас додаткових внесків. Ми будемо раді проконсультувати вас щодо безкоштовного сімейного страхування в наших офісах.



## 4 Довідка про лікування

Для прийому в лікаря чи стоматолога або відвідування лікарні Вам необхідно мати електронну медичну картку. Якщо ви оберете BARMER як свою медичну страхову компанію, Ви отримаєте таку картку поштою протягом декількох днів.

Якщо Вам потрібно звернутися до лікаря раніше, ми видамо Вам тимчасовий ваучер на лікування в нашому офісі.



## 5 Завжди з Вами

Як записатися на прийом до лікаря? Які органи влади можуть мені допомогти та де я можу отримати необхідні документи? Компанія BARMER має понад 350 офісів у Німеччині, і ми будемо раді надати Вам персональну допомогу на місці. Введіть своє місто або поштовий індекс на сторінці за посиланням [www.barmer.de/a000629](http://www.barmer.de/a000629).



## 6 Спеціальна гаряча лінія та кризовий чат

За **безкоштовним** номером 0800 84 84 111\* наші фахівці та спеціалісти в галузі охорони здоров'я допоможуть Вам цілодобово та нададуть поради, наприклад, як впоратися з тривогами та страхами.

Наш партнер [krisenchat.de](http://krisenchat.de) також пропонує надання психологічної консультації онлайн, анонімно та без очікування через WhatsApp. Консультації безкоштовні, можуть проводитися українською мовою та надаються -кваліфікованими консультантами-волонтерами.



Додаткова інформація:  
[www.barmer.de/en/help-ukraine](http://www.barmer.de/en/help-ukraine)

# ■ Так, я вибираю BARMER

Для свого членства я надаю таку інформацію:

# BARMER

## Персональна інформація

Прізвище, ім'я	Заголовок	Стать	w = жіноча m = чоловіча d = різне u = не визначено
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	
Вулиця/номер будинку	Номер телефону <sup>1)</sup>	Дата народження	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Поштовий індекс Місто	Електронна адреса <sup>1)</sup>	Мобільний <sup>1)</sup>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Номер пенсійного страхування	Прізвище при народженні <sup>2)</sup>	Громадянство <sup>2)</sup>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Місто та країна народження	<input type="text"/>	

## Інформація про коло осіб

Я є  учень  працівник  власник / керівник підприємства  <sup>3</sup>

У роботодавця/компанії, адреса

Я студент  <sup>3</sup>  орієнтовно до  Будь-ласка, додайте свідоцтво про зарахування до університету!

Я (наприклад, самозайнятий, школяр, не працюю)  <sup>3</sup>  <sup>3)</sup>

Я не працюю з  та отримую/буду отримувати з  виплати по безробіттю/виплати по безробіттю II<sup>4)</sup>

Я отримую встановлену законом пенсію з  або звернувся за призначенням пенсії (стосується також пенсій, встановлених за кордоном<sup>4)</sup>)

Я маю дохід, схожий на пенсію (пенсія підприємства, пенсія тощо) або я отримував одноразову виплату капіталу протягом останніх десяти років<sup>4)</sup>

Я сільськогосподарський підприємець або член робочої родини сільськогосподарського підприємця

я на основі розміру заробітної плати  підлягаю обов'язковому страхуванню  не підлягаю обов'язковому страхуванню  У медичному страхуванні  Я пов'язаний із роботодавцем, у шлюбі тощо

## Інформація про попереднє страхування

Я був востаннє застрахований з  по  в  касі медичного страхування

застрахований самостійно

сімейна страховка Прізвище, ім'я  Дата народження  Страховий номер

Я не був з  Причина (наприклад, приватна страховка, в іноземній державі)

## Загальна інформація

У мене є діти (також стосується пасинків, усиновлених або прийомних дітей; інформація потрібна для визначення внеску на довгострокове страхування по догляду)

Я знаю інших людей, які можуть бути зацікавлені в членстві в BARMER

Я надаю перевагу спілкуванню англійською

## Підпис

Дата, підпис

Членство в системі медичного страхування також, як правило, визначається як членство в страхуванні довгострокового догляду, за умови, що немає винятків із цього.

<sup>1)</sup> Добровільна інформація.  
<sup>2)</sup> Інформація потрібна лише за відсутності номера пенсійного страхування.  
<sup>3)</sup> Декларація про доходи за окремою формою.  
<sup>4)</sup> Будь ласка, додайте докази.

**Інформація:** Ваші дані обробляються з метою роз'яснення страхових відносин відповідно до §§ 5 і далі Кодексу соціального забезпечення V та для збору внесків відповідно до розділів §§ і далі Кодексу соціального забезпечення V, 57 Кодексу соціального забезпечення XI. Компанія BARMER зберігає ці дані протягом 9 років. Дані, що стосуються страхових відносин (§§ 288 Кодексу соціального забезпечення V, 99 Кодексу соціального забезпечення XI), зберігаються максимум 30 років.

За умови дотримання юридичних вимог ви маєте право на отримання довідок, виправлення та видалення чи обмеження, а також право на перенесення даних.

Ви можете подати скаргу на обробку Ваших персональних даних до нас або до Федерального уповноваженого з питань захисту даних та свободи інформації. Ви можете зв'язатися з нашим спеціалістом із захисту даних по електронній пошті [datenschutz@barmer.de](mailto:datenschutz@barmer.de) або за адресою: Ліхтшайдер Штрассе 89, 42285 Вупперталь.

# Сімейне страхування – я подаю заявку на безкоштовне співстрахування з місяця приєднання для наступних членів сім'ї

Повідомлення про захист даних: Ваші дані обробляються для роз'яснення страхових відносин відповідно до §§ 10 Кодексу соціального забезпечення V, 25 Кодексу соціального забезпечення XI. BARMER зберігає їх протягом 9 років, а потім видаляє їх. За умови дотримання юридичних вимог Ви маєте право на інформацію, виправлення та видалення чи обмеження, а також право на перенесення даних

	<b>Ехеман / Ехефрау</b> Член подружжя/партнер по життю <sup>1)</sup>	Член сім'ї <b>Дитина</b>	Член сім'ї <b>Дитина</b>	Член сім'ї <b>Дитина</b>
Ім'я				
Прізвище				
Адреса, якщо відрізняється				
Дата народження				
Прізвище при народженні <sup>2)</sup>				
Місце народження <sup>2)</sup>				
Громадянство <sup>2)</sup>				
Номер пенсійного страхування				
Стать w = жіноча m = чоловіча d = різне u = не визначено	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u
Сімейні стосунки (заповніть: дочка, син, пасинок, прийомна дитина, онук, усиновлена дитина)				
Чи є подружжя/ партнер по життю спорідненим з дитиною? (Поставте галочку, лише якщо Ви не маєте стосунків)	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Ні
Попереднє страхування				
<input type="checkbox"/> Закінчилося:				
<input type="checkbox"/> Є (назва каси медичного страхування)				
Тип попереднього страхування	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> Не встановлене законом	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> Не встановлене законом	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> Не встановлене законом	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> Не встановлене законом
Якщо сімейне страхування існувало в останній час, ім'я та прізвище особи, від членства якої було отримано сімейне страхування	Ім'я Прізвище	Ім'я Прізвище	Ім'я Прізвище	Ім'я Прізвище
Попереднє страхування продовжує існувати з: (назва медичної страхової компанії/медичного страхування)				
Чи існують трудові відносини/самостійна зайнятість?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
Якщо так, будь ласка, вкажіть дату (з/до та дайте відповідь на запитання від а) до с)				
а) регулярні щомісячні валовий дохід (Якщо Ви самозайнята особа: будь ласка, додайте свідчення про сплату податку на прибуток!)	€	€	€	€
б) незначна зайнятість від/до				
с) регулярна щомісячна заробітна плата брутто за незначну зайнятість	€	€	€	€
Додатковий середній дохід в рамках законодавства про податок на прибуток (наприклад, пенсія, пенсійні виплати, оренда, здача в оренду, процентний дохід)	€	€	€	€
Відвідування школи/навчання з/до (будь ласка, додайте сертифікат для дітей старше 23 років або подайте його пізніше)				
Тип школи/коледжу (наприклад, середня школа, реальна школа, гімназія) <sup>3)</sup>				
Рівень класу/семестр <sup>3)</sup>				
Військова служба або законодавчо врегульована добровільна служба з/до (будь ласка, додайте або надайте підтвердження служби пізніше)				

Я негайно повідомлю Вас про майбутні зміни. Це стосується, зокрема, якщо валовий дохід членів сім'ї, зазначених вище, збільшується або один із цих членів сім'ї стає членом (іншою) страхової компанії медичного страхування. Цим підписом я заявляю про згоду членів сім'ї на надання необхідних даних. Якщо члени сім'ї розлучені з іншими членами сім'ї, підпис може бути поставлений або самим членом сім'ї, або цими іншими членами сім'ї.

Дата \_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_ Підпис члена сім'ї, якому виповнилося 15 років \_\_\_\_\_

<sup>1)</sup> Нам також потрібна інформація про Вашого чоловіка/дружину/партнера по життю, якщо Ви хочете оформити у нас сімейне страхування для своїх дітей.

<sup>2)</sup> Партнери по життю – це одностатеві товариства у значенні Закону про партнерство

<sup>3)</sup> Інформація потрібна лише за відсутності номера пенсійного страхування

<sup>3)</sup> Добровільне розкриття інформації