راهنمایی خانه پری فرم G2470-03 برای درخواست توان بخشی کودکان و نوجوانان در چارچوب پروژه ی آزمایشی (زُکی‌یو)

ZuKiJu فرم G2470-02)

والدین گرامی، کودکان عزیز و نوجوانان محترم،

اطلاعات زیر در خانه پری فورم درخواستی به شما کمک می کند.

نخست معلومات عمومی در مورد این که چه کسانی می توانند درخواست را ارائه کنند.

معلومات عمومی در مورد بیمه تقاعد یا بازنشستگی والدین

خدمات توان بخشی برای کودکان و نوجوانان معمولاً از طریق بیمه تقاعد/بازنشستگی یکی از والدین درخواست می گردد. برای این کار باید به اندازه کافی به بیمه تقاعد حق‌الزحمه یا سهم بیمه پرداخت شده باشد. یعنی (حداقل شش ماه تقویمی پرداخت اجباری یا حتمی در دو سال اخیر یا حداقل پنج سال سابقه پرداخت سهم به بیمه) صورت گرفته باشد. اگر والدین هر دو دارای بیمه تقاعد مطابق شرایط باشند، شما می توانید انتخاب کنید که خدمات توان بخشی از طریق بیمه کدام یک از والدین اجرا گردد. بیمه درمانی یا صحی در این مورد نقشی ندارد. اینکه کدام یک از ۱۶ شرکت بیمه تقاعد، مسئول پرونده شماست می توانید به طور مثال از طریق اطلاعات سالانه بیمه تقاعد که مسولیت شما را دارد، بدست آرید.

اطلاعات عمومی در مورد حق انتخاب کودک بیمه شده

در مورد فرزندان / کودکان بزرگ تر: اگر فرزند شما خودش به اندازهٔ کافی حق‌السهم تقاعد پرداخت کرده باشد (حداقل ۶ ماه تقویمی پرداخت اجباری/ حتمی در دوسال گذشته) در آن صورت، حق انتخاب میان (توان بخشی کودکان) مطابق ماده ۱۵ الف (کتاب چهارم قوانین تامینا ت اجتمتعی) و توان بخشی طبی از طریق بیمهٔ بازنشستگی خود کودک مطابق ماده ۱۵ همان قانون ممکن است. برخی تفاوت ها را به گونهٔ نمونه در جدول برای شما ذکر کرده ایم. برای معلومات بیشتر لطفاً با ادارهٔ بیمهٔ تقاعد G باید فورم G0100 مربوطهٔ خود تماس بگیرید.اگر تصمیم دارید توان بخشی طبی را از طریق بیمهٔ شخصی را خانه پری کنید! کودک درخواست کنید، در این صورت به جای فورم 2470-02

بازتوانی پزشکی از طریق بیمه خود شخص (فرم G0100)	دریافت خدمات بازتوانی برای کودکان و نوجوانان فرم شماره G 2470-02 یا (G0200)
در صورت نیاز، پرداخت سهم الزامی است.	نیازی به پرداخت هزینه نیست.
در صورت داشتن درآمد مستمر، امکان دریافت کمک هزینه انتقالی به صورت مشروط وجود دارد.	حق دریافت کمک هزینه انتقالی وجود ندارد.
رعایت مهلت چهار ساله جهت انجام مجدد خدمات پزشکی الزامی است.	مهلت های مقرر جهت تکرار خدمات پزشکی مدنظر گفته نمی شود.
بازتوانی حرفه ای به صورت پیوسته بعد از این مرحله امکان پذیر است.	بازتوانی حرفه ای به طور مستقیم پس از این مرحله ممکن نمی باشد.

درخواست برای شما پیچیده است؟← به رهنما و مربی مراجعه کنید

آیا برای پر کردن یا ثبت درخواست به کمک نیاز دارید؟ ما با کمال میل شما را حمایت می‌کنیم!

برای خانواده هایی که فرزندانشان (کودکان یا نوجوانان) در شمال آلمان زندگی می کنند و به بیماری های مزمن مبتلا هستند، یک برنامه ی حمایتی ویژه در نظر گرفته شده است. شما می‌توانید از مربیان توانبخشی که آموزش‌های ویژه دیده اند و به زبان آلمانی و چند زبان دیگر مسلط هستند، برای درخواست توانبخشی کودکان و نوجوانان مشاوره ی فردی و اختصاصی دریافت کنید. خدمات توانبخشی از ماه مه در شهر هامبورگ آغاز می شود.

برای خانواده های ساکن مکلنبورگ-فورپومرن و شلسویگ-هولشتاین این خدمات از اواسط اکتبر ۲۰۲۵ در دسترس خواهد بود.

خدمات مربی‌گری/ رهنمایی توانبخشی در صورت امکان به زبان های آلمانی، عربی، انگلیسی، فارسی، ایتالیایی، کردی، روسی، اوکراینی، ترکی و زبان های دیگر ارائه می‌شود.

اطلاعات بیشتر و راه های تماس با مربی گری رهنمایی توانبخشی را می‌توانید در اینجا پیدا کنید:

را اسکن کنید.

https://zukiju-team.de/ و یا کد QR

حالا درباره ی درخواست توانبخشی کودکان، خانواده های ساکن **هامبورگ، مکلنبورگ-فورپومرن و شلسویگ-هولشتاین** برای ثبت درخواست **به این سه فرم نیاز** دارند:

۱. فرم درخواست توانبخشی کودکان و نوجوانان در قالب پروژه مدل ZuKiJu فرم (G 2470-02)
← چه کسی فرم را پر می‌کند؟ والدین / نوجوانان

۲. تشخیص و گزارش پزشکی (فرم G0612)
← چه کسی فرم را پر می‌کند؟ پزشک معالج
(مثلاً پزشک کودک یا پزشک عمومی)

۳. صورت‌حساب دستمزد مربوط به گزارش تشخیص پزشکی (فرم G0600)
← چه کسی فرم را پر می‌کند؟ همان پزشک (همان دکتری که بالاتر ذکر شده)

این سه فرم، **راهنمای پر کردن و فرم‌های دیگر، که می‌توانید به صورت دلخواه و براساس نیاز خود آنها را پر کنید، در اینترنت در آدرس زیر دست یاب شوید**
https://t1p.de/ioxww
و یا می توانید QR کد سمت چپ را اسکن کنید.

راهنمای کلی برای پر کردن درخواست (فرم G 2470-02)
لطفاً درخواست را **تا حد امکان خوانا و واضح** پر کنید و یادتان باشد که در بخش ۱، اطلاعات تماس خود را وارد کنید، بهتر است شماره تلفن همراه را بنویسید. به این ترتیب در صورت بروز سوال درباره درخواست شما، یک نفر از سازمان تأمین‌اجتماعی (بیمه بازنشستگی) می‌تواند با شما تماس بگیرد. همچنین **درصفحه آخر سه امضا** را درنظر داشته باشید، تا درخواست شما کامل باشد. **توضیحات مربوط به بندهای درخواست، همگی به فرم اول یعنی** «درخواست توان‌بخشی کودکان و نوجوانان در طرح مدل ZuKiJu (فرم G 2470-02) اشاره دارند.

توضیحات مربوط به هر یک از بندهای درخواست

بند ۱ (اطلاعات مربوط به فردی که توان بخشی از بیمه بازنشستگی او درخواست می‌شود)
در این بخش شماره بیمه بازنشستگی و سایر اطلاعات مربوط به فردی را بنویسید که توان بخشی از بیمه بازنشستگی او درخواست شده است. این که این فرد چه کسی می تواند باشد، را می توانید در همین راهنمای پر کردن فرم در بخش بالای «اطلاعات کلی درباره بیمه بازنشستگی والدین» و «حق انتخاب کودکِ بیمه شده» مطالعه کنید.
یاداشت: در اغلب موارد، این فرد یکی از والدین است.

اطلاعات درباره شماره بیمه بازنشستگی (= شماره بیمه اجتماعی): این شماره روی برگه های اعلام وضعیت بیمه بازنشستگی و فیش‌های حقوقی شما نوشته شده است و معمولاً به صورت مخفف با RV-Nummer یا SV-Nummer عنوان درج شده است. این شماره شامل دوازده کاراکتر است: یک حرف و یازده عدد.
توجه: در قسمت بالایی سمت چپ هر صفحه از فرم درخواست، باید این شماره درج شود.

بند ۲ (درخواست توسط شخص دیگر)
درخواست می تواند توسط شخصی غیر از والدین هم ارائه شود؛ به طور مثال، نمایندهٔ قانونی، قیم یا سرپرست قانونی. در این صورت باید وکالت نامه یا حکم دادگاه همراه با درخواست ارائه شود.

بند ۳ (شخص همراهی کننده)
اگر فرزند شما هنوز زیر ۱۲ سال باشد، می‌توان با ارائه درخواست، او را در طول دورهٔ توان بخشی همراهی کرد؛ مثلاً توسط یکی از والدین. برای کودکان ۱۲ سال به بالا، همراهی فقط در صورتی امکان پذیر است که این کار برای انجام یا موفقیت دورهٔ توان بخشی ضروری باشد. ضرورت این همراهی باید به طور جداگانه و به صورت پزشکی توسط پزشک معالج توضیح و تأیید شود.

بند ۴ (اطلاعات مربوط به کودک / نوجوان)
اینجا منظور فردی است که از دورهٔ توان بخشی استفاده می کند.
همچنین، نسبت شما با فردی که از طریق بیمهٔ او درخواست ارائه می شود، پرسیده می شود.
زیرا علاوه بر والدین یا سرپرستان قانونی، پدربزرگ و مادربزرگ یا خواهر و برادر بزرگ‌سال هم می توانند برای کودک درخواست توان بخشی بدهند. اگر که آن ها کودکان یا نوجوانان مربوطه را در خانه خود پذیرفته و بیشتر هزینه های آن‌ها را تامین کنند. به طور مثال وقتی کودکی دائماً یا بیشتر وقتش را در خانهٔ مشترک خانواده زندگی می کند و همان جا مراقبت و نگهداری می‌شود.

بند ۵ (بیمه درمانی کودک)
لطفاً نام بیمه درمانی ای را که فرزند شما از طریق آن بیمه شده است، اینجا درج نمایید.

بند ۶ (پزشک معالج کودک)
پزشک معالج باید در روند توان بخشی دخیل بوده و همکاری کند.
کدام پزشک باید گزارش پزشکی (G0612) را تکمیل کند؟ بهترین حالت این است که پزشک یا پزشکانی این کار را انجام دهند که کودک را بهتر می شناسند و بیشترین اطلاعات دربارهٔ سابقه بیماری کودک را دارند (معمولاً پزشک کودکان یا پزشک خانواده، گاهی هم پزشک متخصص، مثل متخصص ریه یا متخصص پوست / جلدی).
توجه: برای پرسش های احتمالی به نام کامل و آدرس دقیق نیاز داریم. پرسش نام و آدرس سه دلیل دارد: ۱. بررسی شرایط پزشکی، ۲. برای پیشنهاد کلینیک مناسب، ۳. اگر کلینیک سوال یا ابهامی داشت، بتواند با شما تماس بگیرد.

بند ۷ (وسایل ارتباطی و ابزارهای کمک درمانی مورد استفاده کودک)
این اطلاعات لازم است تا بتوانیم یک مرکز توان بخشی مناسب برای فرزند شما انتخاب کنیم، چون همه کلینیک ها تجهیزات یکسان ندارند.

بند ۸ (اطلاعات مربوط به کار و تحصیل در جوانان بزرگ سال)
توان بخشی کودکان یا نوجوانان می تواند حتی در سنین ۱۸ تا ۲۶ سال هم انجام شود، اگر یکی از شرایط گفته شده در بند ۸ محقق باشد.

بند ۹ (اطلاعات بیشتر / تکمیلی در باره کودک)
اطلاعات مندرج در بند های ۹.۱ تا ۹.۵ برای بررسی مسولیت بیمه بازنشستکی لازمی نی باشد.
در بند ۹.۱: اگر کودک به عنوان یتیم نیمه یتیم حقوق بازنشستگی دریافت می کند یا درخواست آن را داده است، باید اینجا علامت «بله» را درج کنید و شماره بیمه ای که حقوق یتیمی از آن پرداخت می شود رابنویسید.
در بند ۹.۲: اگر کودک قبلاً مشغول به کار است و شغلی دارد که به او حق دریافت خدمات حمایتی می‌دهد، باید علامت «بله» را نوشت یا درج کرده، همچنان نام و آدرس کارفرما را نیز باید نوشت. این مورد به ندرت پیش می آید که کودک بالفعل به عنوان کارمند رسمی استخدام شده باشد.
در بند ۹.۳: باید دلایل احتمالی نیاز به توان بخشی را علامت بزنید تا مشخص شود آیا ممکن است هزینه توان بخشی توسط سازمان های دیگری مثل بیمه حوادث پرداخته شود یا خیر. در چنین حالات اگر لازم باشد درخواست به سازمان های دیگر پرداخت کننده هزینه ها ارجاع داده می شود.
شماره های ۹.۴ و ۹.۵ اگر نیاز به توان بخشی به دلیل یک حادثه یا به علت اقدام یا قصور شخص دیگری ایجاد شده باشد، باید این قسمت خانه پری شود. در صورت مثبت بودن، فرم F0870 نیز خانه پری شود. علاوتا باید مشخص شود که آیا درخواست دریافت غرامت یا خسارت مطرح شده است یا خیر. در چنین مواردی، بیمه بازنشستگی می تواند برای دریافت این مطالبات از اشخاص دیگر اقدام کند. این موضوع **هیچ** تأثیری بر حق شما برای دریافت روند توان بخشی ندارد.

بند ۱۰ (انتخاب مرکز درمانی توانبخشی)

در این بخش می‌توانید خواسته‌ها یا ترجیحات خود را درباره اینکه توان‌بخشی در کدام مرکز یا کلینیک انجام شود، بیان کنید. لطفاً نام و نشانی یا آدرس مرکز یا مراکز مورد نظر خود را بنویسید. در صفحه انترنیتی www.rv-reha.de و یا با اسکن کردن QR کد می توانید به مراکز معرفی شده دست یافته و از میان آن ها انتخاب کنید. ذکر این اطلاعات اختیاری است. در صورت عدم اعلام نظر، بیمه بازنشستگی مراکز مناسب را به شما پیشنهاد خواهد داد.

بند ۱۱ (یادآوری برای افراد دارای مغلولیت بینایی / کم بینا)

با این خدمات، ما به افراد کم بینا یا دارای اختلال بینایی خدمت رسانی می‌کنیم. از این پس می توانیم اسناد و مدارک را به شکل قابل دسترس و متناسب با نیاز شما ارسال کنیم. ما این اسناد قابل دسترس را با بالاترین کیفیت ممکن در اختیار شما قرار خواهیم داد.

بند ۱۲ (توضیحات و اطلاعات)

با امضای خود، شما پزشکان و سایر اشخاص یا نهاد های مرتبط به گونه مثال: شرکت های بیمه درمانی و درمانگران را از تعهد به رازداری حرفه ای یا حفظ اسرار در این مورد را معاف می کنید. در صورتی که درخواست توسط نماینده قانونی ارائه شود، باید گفت که وی اختیار معاف کردن پزشک از تعهد رازداری پزشکی یا همان حفظ اسرار را ندارد. بنابراین، در بخش ۱۲.۲ امضای نماینده قانونی به کافی نیست. بنا این بخش باید یا توسط خود کودک درصورتی که سن وی (از ۱۵ سال بالاتر) باشد یا ولیّ قانونی کودک، یا قیم/ سرپرست وی امضا شود (فقط در صورت عدم اهلیت قانونی، نداشتن درک کافی یا ناتوانی در دادن رضایت، همراه با ارائه مدرک کتبی معتبر در این خصوص).

در خاتمه

ممکن است درخواست شما در مرحله اول رد شود. نکته مهم این است که دلایل رد را **به دقت مطالعه کنید**. دلایل رد درخواست می تواند شامل موارد از قبیل استفاده نکردن کامل از روش های درمان سرپایی / کلینیک های روزانه، نیاز اولیه به درمان فوری (مثلاً بستری در بیمارستان)، انتظار نداشتن بهبودی قابل توجه در وضعیت صحت و سلامتی و یا هم انجام دوره توان بخشی اخیر که هنوز زمان کافی برای نیاز به دوره جدید نگذشته است، باشد. اگر در مورد شما دلیلی وجود دارد که با دلایل رد درخواست مغایرت دارد، حتماً باید اعتراض کتبی خود را ثبت کنید و همراه با پزشک معالج تان، دلیل موجهی در پاسخ به استدلال های رد درخواست ارائه دهید.

در صورت داشتن سوالات بیشتر، می‌توانید با **خط ویژه توان بخشی کودکان** از طریق ایمیل تماس بگیرید:

kinderreha@drv-nord.de

یا

از خدمات تماس بازگشتی خط ویژه توان بخشی کودکان با شماره تلفن ۰۴۵۱ ۴۸ ۵۲ ۵۹ ۹۹ تماس گرفته و استفاده کنید.

بااحترام

بیمه بازنشستگی / تقاعد آلمان و تیم ZuKiJu

پروژه ZuKiJu یک طرح الگویی / نمونه در سطح فدرال است.
راهکارهای نوآورانه برای مشارکت در زندگی کاری rehapro »، این پروژه از سال ۲۰۲۴ تا ۲۰۲۷ توسط وزارت فدرال کار و امور اجتماعی آلمان حمایت مالی می شود. اطلاعات بیشتر را می توانید در وب سایت - www.zukiju.de بدست آرید و یا (QR کد را اسکن نمایید).