
Nom

Adresse

Téléphone

Questionnaire

Informations complémentaires concernant la demande d'„exécution d'un travail non rémunéré“

Numéro du dossier du ministère public _____

Attention !

Même si les formulaires de candidature sont fournis en langues étrangères, veuillez fournir vos informations en allemand. Les formulaires de candidature en langues étrangères sont uniquement destinés à vous expliquer les informations que vous devez fournir. Seules les candidatures en allemand peuvent être prises en considération !

- Comme travail d'intérêt général ou emploi semblable je propose:
 - nom de la structure: _____
 - adresse de la structure: _____
 - mon ancien interlocuteur: _____
 - description de l'activité: _____
 - temps de travail estimé par semaine: _____
- Je demande qu'on m'attribue un travail d'intérêt général.
 - Je suis d'accord pour que mes données personnelles soient transmises au service d'assistance judiciaire ou à un organisme indépendant d'aide sociale.
 - Je ne peux exécuter le travail non rémunéré
 - que dans mon lieu de résidence
 - également à proximité de mon lieu de résidence,
 - que si je peux me rendre à mon lieu de travail avec les transports en commun.
 - Je peux travailler
 - à n'importe quelle heure
 - du lundi au vendredi en journée de _____ à _____ heures
- J'ai un diplôme de formation professionnelle en tant que _____

Je sais qu'il faut travailler cinq heures pour payer un jour-amende.

- Je demande à ce que le nombre d'heures de travail qui est de 5 heures par jour pour payer un jour-amende soit diminué dans mon cas. Je justifie ma demande comme suit:

Name

Anschrift

Telefon

Fragebogen

Zusätzliche Angaben zum Antrag „Ableistung freier Arbeit“

Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft _____

Bitte beachten Sie!

Auch wenn die Antragsformulare in Fremdsprachen zur Verfügung gestellt werden, bitten wir Sie, Ihre Angaben auf Deutsch zu machen. Die fremdsprachigen Antragsformulare dienen nur zur Erläuterung der von Ihnen zu machenden Angaben. Es können nur Bewerbungen in deutscher Sprache berücksichtigt werden!

- Als gemeinnützige Beschäftigungsstelle bzw. vergleichbare Stelle schlage ich vor:
 - Name der Einrichtung: _____
 - Anschrift der Einrichtung: _____
 - Mein bisheriger Ansprechpartner: _____
 - Inhalt der Tätigkeit: _____
 - Voraussichtliche Arbeitszeit pro Woche: _____
- Ich bitte um Vermittlung einer gemeinnützigen Beschäftigungsstelle.
 - Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an die Gerichtshilfe oder einen freien Träger der Wohlfahrtspflege erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.
 - Die Ableistung freier Arbeit ist mir
 - nur an meinem Wohnort
 - auch in der näheren Umgebung,
 - allerdings nur soweit die Einsatzstelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar ist, möglich.
 - Ich kann
 - jederzeit
 - montags bis freitags tagsüber von _____ bis _____ Uhr arbeiten.
- Ich habe eine Berufsausbildung als _____ erfolgreich abgeschlossen.

Mir ist bekannt, dass zur Tilgung eines Tagessatzes fünf Stunden freie Arbeit zu leisten sind.

- Ich beantrage, die Anzahl der abzuleistenden Arbeitsstunden von fünf Stunden pro Tag zur Tilgung eines Tagessatzes in meinem Fall herabzusetzen. Ich begründe meinen Antrag wie folgt:

- Je suis lourdement handicapé/handicapée et ma capacité de travail est donc restreinte. Veuillez trouver ci-joint la justification du service d'indemnisation sociale du _____ afin que vous puissiez examiner ma demande.
- En raison de mon addiction ma capacité de travail est limitée. Veuillez trouver ci-joint en copie une attestation du/de la _____ du _____ afin que vous puissiez examiner ma demande.
- En raison de mon addiction à la drogue ma capacité de travail est limitée. Veuillez trouver ci-joint une attestation du /de la _____ afin que vous puissiez examiner ma demande.
- Je souffre de troubles psychiques et donc ma capacité de travail est limitée. Veuillez trouver ci-joint en copie une attestation du/de la _____ du _____ afin que vous puissiez examiner ma demande.
- En raison de ma grossesse ma capacité de travail est limitée. Veuillez trouver ci-joint en copie une attestation du/de la _____ du _____ afin que vous puissiez examiner ma demande.

Ma capacité de travail est limitée car

je dois m'occuper de parents (dépendants):

- Nom: _____
- Degré de dépendance _____
- Lien de parenté:
 - Grands-parents
 - Père/mère
 - Conjoint/conjointe
 - Enfant

Veuillez trouver ci-joint en copie une attestation de la caisse d'assurance maladie concernant le degré de dépendance du _____ et _____ comme justificatif du lien de parenté afin que vous puissiez examiner ma demande.

J'ai des enfants mineurs et suis un parent isolé:

- Nombre des enfants: _____
- Age des enfants: _____

Veuillez trouver ci-joint en copie un extrait/des extraits de naissance.

Je bénéficie de prestations conformément au SGB III. Je suis conscient(e) que l'exécution de l'activité de remplacement peut entraîner une réduction de mes droits aux allocations de chômage si je ne suis pas les instructions de l'Agence pour l'emploi durant l'activité de remplacement ou si je n'accepte pas un poste fourni par l'Agence pour l'emploi. Comme preuve, je joins le dernier avis d'approbation de l'Agence pour l'emploi ou une copie de celui-ci.

Je sais que le "travail non rémunéré" ne peut commencer qu'après affectation par le ministère public, sinon il n'y a pas de couverture d'assurance ni d'imputation sur la peine.

(Signature du demandeur /de la demandeuse)

- Ich bin schwerbehindert und daher nur eingeschränkt arbeitsfähig. Den Bescheid des Versorgungsamtes vom ____ habe ich in Kopie zur Prüfung meines Antrages beigefügt.
- Ich bin aufgrund meiner Suchterkrankung nur eingeschränkt arbeitsfähig. Eine Bescheinigung des/der _____ vom ____ habe ich zur Prüfung meines Antrages beigefügt.
- Ich bin aufgrund meiner Drogenabhängigkeit nur eingeschränkt arbeitsfähig. Eine Bescheinigung des/der _____ habe ich zur Prüfung meines Antrages beigefügt.
- Ich leide unter psychischen Erkrankungen und bin daher nur eingeschränkt arbeitsfähig. Eine Bescheinigung des/der _____ vom ____ habe ich zur Prüfung meines Antrages in Kopie beigefügt.
- Ich bin aufgrund meiner Schwangerschaft nur eingeschränkt arbeitsfähig. Eine Bescheinigung des/der _____ vom ____ habe ich zur Prüfung meines Antrages in Kopie beigefügt.

Ich bin nur eingeschränkt arbeitsfähig, weil ich

(pflegebedürftige) Angehörige betreuen muss:

- Name: _____
- Pflegegrad _____
- Verwandtschaftsbeziehung:
 - Großeltern
 - Vater/Mutter
 - Ehepartner
 - Kind

Eine Bescheinigung der Krankenkasse für die Pflegebedürftigkeit vom ____ und _____ als Nachweis für den Angehörigenstatus vom ____ habe ich zur Prüfung meines Antrages in Kopie beigefügt.

minderjährige Kinder haben und alleinerziehend bin:

- Anzahl der Kinder: _____
- Alter der Kinder: _____

Eine Geburtsurkunde/Geburtsurkunden habe ich in Kopie beigefügt.

Ich beziehe Leistungen nach dem SGB III. Mir ist bekannt, dass die Ableistung der Ersatztätigkeit eine Kürzung des Anspruchs auf Arbeitslosenunterstützung zur Folge haben kann, wenn ich während der Ersatztätigkeit den Anweisungen der Agentur für Arbeit nicht Folge leiste oder eine von dort vermittelte Arbeitsstelle nicht annehme. Zum Nachweis füge ich den letzten Bewilligungsbescheid der Agentur für Arbeit bzw. eine Kopie desselben bei.

Mir ist bekannt, dass die „freie Arbeit“ erst nach Zuweisung durch die Staatsanwaltschaft begonnen werden darf, da sonst weder ein Versicherungsschutz besteht, noch eine Anrechnung auf die Strafe möglich ist.

(Unterschrift)