

## Заявка на получение инвалидности в Германии

### 1 An die für das Feststellungsverfahren nach dem Schwerbehindertenrecht zuständige Stelle

Установление инвалидности для людей, имеющих на это право в связи с их тяжелыми заболеваниями

**Kreis/Kreisfreie Stadt Geschäfts-/Aktenzeichen Eingangsstempel**  
**Сведения о заявителе. Заполняется не вами.**

---

#### Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen bzw. streichen

Пожалуйста, отметьте соответствующим образом или заполните или удалите

- Erstantrag**  **Änderungsantrag**  
Первоначальная заявка Заявка на изменение

nach § 69 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - **Schwerbehindertenrecht** –  
согласно § 69 Девятой книги социального кодекса (SGB IX) - Реабилитация и участие инвалидов – Право инвалидов

- zur Feststellung einer Behinderung, eines - höheren - Grades der Behinderung (GdB) **для определения инвалидности, более высокой степени инвалидности (GdB)**
- zur Feststellung - weiterer - gesundheitlicher Merkmale **для установления других характеристик здоровья**
- sowie Ausstellung eines - neuen – Ausweises **для выдачи нового удостоверения личности**

**Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?** **Подávalи Вы ранее заявку на право лиц с ограниченными возможностями?**

Nein **Нет**

Ja, bei ... Geschäfts-/Aktenzeichen **Да, номер дела ...**

#### **WICHTIGE HINWEISE ВАЖНЫЕ УКАЗАНИЯ**

Um sachgerecht über diesen Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Bitte füllen Sie den Antragsvordruck sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - aus.

**Заполнять разборчиво, печатными буквами**

Beachten Sie hierbei bitte auch die Erläuterungen ab der 6. Seite dieses Vordrucks und vergessen Sie nicht, den Antrag auf der 5. Seite **zwei Mal zu unterschreiben**  
Не забудьте подписать заявку два раза (см. п. 11)

Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflege-, Betreuungsgutachten, EKG-, Labor- und Röntgenbefunde - keine Röntgenbilder-) in Ihrem Besitz befinden, die nicht älter als 2 Jahre sind, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein.

Если у вас есть результаты медицинских освидетельствований за последние два года, приложите их.

Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.

Если таковых не имеется, вы должны дать разрешение на обращение к врачам за необходимой информацией о вашем состоянии здоровья.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Soweit Sie vom Angebot der Datenbeschaffung durch die zuständige Stelle Gebrauch machen, ist Rechtsgrundlage hierfür Ihre Einwilligung am Ende dieses Antragsvordrucks. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt gemäß § 67b Absatz 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die Feststellung nach dem SGB IX ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

## 2 Angaben zur Person, zu Gesetzlichen Vertretern, Betreuern und Bevollmächtigten

Личные данные, данные о законном представителе, опекуне и уполномоченном представителе

Name **Фамилия** .....

Vorname **Имя** .....

Geburtsname **Фамилия при рождении** .....

Geburtsort **Место рождения** ..... geboren am **Дата рождения** .....

weiblich **Пол ж**  männlich **пол м**

Staatsangehörigkeit **Гражданство** .....

**Bitte Kopie des Aufenthaltstitels beifügen, wenn Sie ausländische/r Mitbürger/in eines Landes sind, das nicht der EU angehört**

Пожалуйста, приложите копию статуса вашего проживания, если вы гражданин страны, не относящейся к ЕС.

**Wenn Sie im Ausland wohnen und einen Arbeitsplatz in Deutschland haben, bitte Bescheinigung des jetzigen Arbeitgebers beifügen.**

Если вы живете за границей, а работаете в Германии, нужна справка от вашего работодателя.

Straße **Улица** ..... Hausnummer, **N дома** .....

PLZ **Почтовый индекс** ..... Wohnort **Город** .....

Telefon-Nr. (Angabe freiwillig) **Номер телефона (добровольно)**

Sind Sie erwerbstätig? **Работаете ли вы**  Ja **да**

Bei Minderjährigen unter 15 Jahren und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers angeben - ggf. bitte eine Kopie der Bestallungsurkunde oder des Betreuungsausweises beifügen.

**Для несовершеннолетних до 15 лет и для недееспособных личностей - фамилия, имя, адрес законного представителя и копия документа, подтверждающего его полномочия**

Name **Фамилия** ..... Vorname **Имя** .....

Straße **Улица** ..... Hausnummer **Номер дома**.....weiblich **ж** männlich **м**

PLZ **Почтовый индекс** .....Wohnort **Город** .....

Tel.-Nr. (Angabe freiwillig) **Телефон (добровольно)**

### **3. Angaben zu einer anderweitigen Feststellung**

**Сведения об установлении инвалидности в иных случаях**

#### 3.1

Haben Sie bereits einen Antrag gestellt oder eine Feststellung über die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. den Grad der Schädigungsfolgen (GdS) erhalten bei/von

1. einer Berufsgenossenschaft (z.B. wegen eines Arbeitsunfalls/ Berufskrankheit)?  
Ja Nein

**Претендовали ли вы уже на установление инвалидности или уже было установлено уменьшение вашей трудоспособности вследствие несчастного случая на работе или профессиональной болезни каким-либо профессиональным союзом? Да Нет**

2. einem Versorgungsamt oder einem Landschaftsverband (z. B. wegen einer Schädigung als Soldat oder Gewaltopfer)?  
Ja Nein

**То же самое, но если вы являетесь солдатом или жертвой насилия. Да Нет**

3. einer anderen Dienststelle (z.B. Landesamt, Wehrbereichsgebührenamt)? Ja  
Nein

**То же самое, установленное каким-либо другим гражданским или военным ведомством Да Нет**

Wenn Sie eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, legen Sie bitte den Bescheid in Kopie bei oder teilen Sie mit, von welcher Stelle und unter welchem Geschäfts-/Aktenzeichen gegebenenfalls Tag des Unfalls/der Schädigung etc. diese Entscheidung getroffen wurde bzw. der Antrag bearbeitet wird, damit die Unterlagen angefordert werden können.

#### 3.2

Möchten Sie über die vorgenannte anderweitige Feststellung (unter Ziffer 3.1) hinausweitere Gesundheitsstörungen oder eine Verschlimmerung bereits

festgestellter (Funktions) Beeinträchtigungen geltend machen? Ja - Bitte weiter mit Nr. 4 ff

Если на какой-либо из этих вопросов вы ответили "да", вы должны приложить копии всех имеющихся у вас документов.

#### 4 Angaben zu Ihrer Krankenkasse

Сведения о вашей больничной кассе,

Für die Anforderung von Befundberichten von den von Ihnen nachfolgend angegebenen Ärztinnen/Ärzten geben Sie bitte den **Namen und die Anschrift Ihrer Krankenkasse** an:

**Название и адрес больничной кассы**

#### 5 Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

Сведения о нарушениях вашего здоровья

Führen Sie bitte hier die Gesundheitsstörungen (z.B. Wirbelsäulenleiden, Bluthochdruck) auf, die – neu – als Beeinträchtigungen festgestellt werden sollen oder sich geändert/verschlimmert haben. Es reicht **nicht** aus, auf beim Arzt anzufordernde Unterlagen zu verweisen. Lesen Sie bitte hierzu vorher die Erläuterungen zu 5 auf der Seite 6!

**Представьте сведения о нарушениях вашего здоровья (например, боли в позвоночнике, повышенное кровяное давление и т.д.).**

---

#### 6 Angaben zu Ihren ärztlichen Behandlungen zu 5 (in den letzten 2 Jahren)

Сведения о лечении в последние два года

##### 6.1

**Hausarzt** : Name **Домашний врач, фамилия, имя.....**

Fachgebiet **специальность.....**

letzte Behandlung (Monat/Jahr) **год и месяц последнего лечения.....**

Straße, **Улица .....** Hausnummer **№ дома.....**

PLZ **Почтовый индекс .....** Ort **Город .....**

##### 6.2

**Weitere Ärzte: Другие врачи**

**Hinweis: Sie können die Dauer des Verfahrens beeinflussen. Fragen Sie bitte bei Ihrem Hausarzt nach, ob dort Befunde sämtlicher von Ihnen nachstehend angegebener Fachärzte – außer von Augen- und HNO-Ärzten und Krankenhäusern / Kurkliniken – vorliegen und bitten Sie ihn gegebenenfalls, diese Unterlagen auf Anfrage der zuständigen Stelle zur Verfügung zu stellen.**

**Далее необходима информация по той же форме (6.1) обо всех врачах, у которых вы лечились. (Кроме глазных и лор-врачей, больниц и курортных клиник)**

**7 Angaben zu Ihren Krankenhausbehandlungen zu 5 (in den letzten 2 Jahren)**  
Сведения о вашем стационарном лечении к п.5 (за последние 2 года)

**Name des Krankenhauses Название больницы**

**Wichtig!** Abteilung / Station (z.B. Innere / Orthopädie) **Важно:** отделение

Straße **Улица** .....Hausnummer **Номер дома**.....

PLZ **Почтовый индекс** ..... Ort **Город** .....

Behandlung von – bis **Лечение с** ..... **до** .....

Ambulant **Амбулаторно** Stationär **В стационаре**

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? Ja Nein

**Есть ли об этом документы у домашнего врача? Да..., Нет ....**

**8 Angaben zu Ihren Rehabilitationsverfahren/Kuren zu 5 (in den letzten 2 Jahren)**

Сведения о прохождении курса реабилитации (в последние два года)

**Name der Klinik Название клиники** .....

Behandlung von .....bis ..... **Нахождение на лечении от .....до** .....

Straße, Hausnummer .....**Улица, № дома** .....

PLZ, Ort .....**Почтовый индекс** ..... **Город** .....

**Name des Kostenträgers**

Mitgliedsnummer/Geschäftszeichen/Versicherungsnummer

**Сведения о том, кто перенял оплату вашей реабилитации**

PLZ Ort Straße,

Hausnummer

**почтовый индекс город улица, N дома**

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? Ja

Nein

**Есть ли все необходимые сведения/ приложения у вашего домашнего врача? Да ... Нет ....**

**9. Sonstige Angaben zu Ihren unter 5 geltend gemachten Gesundheitsstörungen**

Прочие сведения, касающиеся нарушений вашего здоровья, упомянутые в п. 5

Name und Anschrift des Leistungsträgers bzw. der Stelle

**Название и адрес финансирующей организации**

ärztliche Unterlagen bzw Gutachten

**врачебные приложения, включая результаты независимого медицинского обследования, если оно имело место**

Datum des Gutachtens/ der ärztlichen Untersuchung

**Даты врачебного и независимого медицинского обследования.**

Geschäfts-/Aktenzeichen, Versicherungsnummer

**Все отметки, с этим связанные (входящие, исходящие и т.д.)**

Pflegekasse **Касса по уходу** .....

Pflegestufe: **Степень необходимого ухода** .....

Ja Nein beantragt **Да, Нет, Подана заявка**

Landschaftsverband (Blindengeld, Hilfe für Gehörlos)

**Земельный союз (Финансовая помощь для слепых и глухих)**

Ja Nein beantragt **Да, Нет, Подана заявка**

Gericht (u.a. Betreuungsgutachten)

**Суд (среди прочего - решение суда о необходимости опекунства)**

Ja Nein beantragt **Да, Нет, Подана заявка**

Agentur für Arbeit

**Агентура для работы**

Ja Nein beantragt **Да, Нет, Подана заявка**

Gesundheitsamt

**Департамент здравоохранения**

Ja Nein beantragt **Да, Нет, Подана заявка**

Rentenversicherungsträger

**Кто платит пенсию**

Ja Nein beantragt **Да, Нет, Подана заявка**

## **10 Angaben zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen und Ausstellung eines Ausweises**

**Сведения о недостающих компенсациях и выдаче удостоверения**

### **10.1**

Es soll festgestellt werden, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen für folgende Merkzeichen vorliegen: (Bitte beachten Sie die Erläuterungen unter 10.1 auf der Seite 7 und kreuzen Sie gegebenenfalls an)

**Предположительно существуют предпосылки для следующих пометок: (нужное подчеркнуть или поставить крестик)**

**- G - - aG - - B - - RF - - H - - 1. KI - - BI - - GI -**

**см. Пояснение к пункту 10.1**

### **10.2**

Ich benötige keinen Ausweis.

**Мне не нужен документ об инвалидности**

### **10.3**

Falls ein Ausweis ausgestellt wird, ist dieser ab dem Tag des Antragseingangs gültig. Wenn Sie ein **besonderes Interesse** (z.B. Steuer/Rente) glaubhaft machen, kann auch ein früherer Gültigkeits-Zeitpunkt eingetragen werden.

Ich beantrage eine Rückwirkung ab: \_\_\_\_\_ wegen  Steuer  Rente

oder wegen \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Das Finanzamt gewährt den Pauschbetrag nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) bereits für das Jahr der Antragstellung, wenn die Voraussetzungen an mindestens einem Tag im Kalenderjahr vorgelegen haben.

**Если документ выдается, он действителен со дня заявления с просьбой о его выдаче. В случае необходимости, связанной с получением пенсии или уплатой налогов, начало действия документа может быть перенесено.**

## 11 Erklärungen:

### Декларации

#### Unterschrift für die Schweigepflichtsentbindung:

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem SGB IX nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die zuständige Stelle in diesem Verwaltungsverfahren und in einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren von den genannten Ärztinnen/Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, Krankenanstalten/Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden, Gerichten sowie von den sonstigen von mir benannten Stellen (s. Ziffer 9 des Antragsvordruckes) Auskünfte einholt und Unterlagen bezieht in dem Umfang, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geben können. Mein Einverständnis gilt auch für Unterlagen, die diese Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärztinnen/Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen in den Verfahren verwendet werden. Falls ich diese Einverständniserklärung widerrufen oder einschränken will, mache ich folgende Erklärung:

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Stelle mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch

- beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern zur medizinischen Beurteilung,
  - anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie
  - den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit
- übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr.1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Число:** ..... **Подпись:** .....

**Здесь речь идет о том, что вы разрешаете нарушить Schweigepflicht в том, что касается ваших заболеваний. Вам известно также, что в любое время вы можете это разрешение отозвать.**

### 11.2

#### **Unterschrift für die rechtswirksame Antragstellung:**

**Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.**



**Datum:**  
**Число:**

**Unterschrift:**  
**Подпись:**

**Здесь речь идет о том, что вы дееспособны, т.е. находитесь в здравом уме и твердой памяти. Здесь подпись либо заявителя, либо его законного представителя**

**Dem Antrag füge ich bei:**

1 Lichtbild aus neuester Zeit (45 x 35 mm im Hochformat ohne Rand, mit meinem Namen auf der Rückseite) - nur erforderlich ab Vollendung des 10. Lebensjahres für die Ausstellung eines Ausweises –

Nachweis – Aufenthaltsstatus

Ergänzungsbogen zum Antrag

**При подаче заявления необходима одна актуальная фотография, сведения о вашем статусе (гражданство, разрешение на проживание) и необходимые приложения к заявлению. На обратной стороне фотографии напишите вашу фамилию.**

---

**Erläuterung zum Ausfüllen des Antragsvordrucks SB 5/26a 00/17**  
**Пояснения к заполнению заявки**

.....

**zu 10.1**

**G – erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr**

Das Merkzeichen G steht Menschen zu, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind und dadurch Wegstrecken nur mit Schwierigkeiten bewältigen können. Die Bewegungsfähigkeit kann durch ein eingeschränktes Gehvermögen (auch durch innere Leiden), infolge von Anfällen oder eine gestörte Orientierungsfähigkeit beeinträchtigt sein.

**Поражение опорно-двигательной системы**

**aG – außergewöhnliche Gehbehinderung**

Eine außergewöhnliche Gehbehinderung liegt vor, wenn Menschen sich dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb eines Kraftfahrzeuges bewegen können. Zu den außergewöhnlich Gehbehinderten zählen z.B. querschnittsgelähmte oder beidseitig beinamputierte Menschen sowie Menschen, deren Gehfähigkeit ebenso stark eingeschränkt ist.

**Серьезное повреждение опорно-двигательной системы. Как правило, передвигается в инвалидной коляске или с помощью других специальных приспособлений**

**B – Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson**

Das Merkzeichen B steht Menschen zu, die wegen ihrer Behinderung öffentliche Verkehrsmittel regelmäßig nur mit fremder Hilfe benutzen können.

**Право на сопровождающего. Означает, что, как правило, сопровождающее инвалида лицо может также бесплатно ездить в общественном транспорте**

**RF – Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht**



Aus gesundheitlichen Gründen sind folgende Menschen von der Rundfunkgebührenpflicht zu befreien:

- Blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich Sehbehinderte mit einem GdB von wenigstens 60 allein wegen der Sehbehinderung.
- Hörgeschädigte, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist.
- Schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von wenigstens 80, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können. Die behinderten Menschen müssen allgemein von öffentlichen Zusammenkünften ausgeschlossen sein. Es genügt nicht, dass sich die Teilnahme an einzelnen, nur gelegentlich stattfindenden Veranstaltungen -bestimmter Art- verbietet.

[Освобождение от уплаты налога за радио и телевидение в GEZ и Deutsche Telekom – скидку на произведенные телефонные разговоры от Deutsche Telekom](#)

### **H – Hilflosigkeit**

Hilflos ist ein Mensch, wenn er für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf.

[Постоянно нуждающийся в посторонней помощи](#)

### **1. KI – Notwendigkeit für die Benutzung der 1. Klasse**

Die Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Klasse mit dem Fahrausweis der 2. Klasse erfüllen ausschließlich Kriegsbeschädigte und Verfolgte im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes mit einem Grad der Schädigungsfolgen um wenigstens 70 v.H., wenn der auf den anerkannten Schädigungsfolgen beruhende körperliche Zustand bei Bahnfahrten ständig die Unterbringung in der 1. Klasse erfordert.

[По состоянию здоровья необходим проезд в 1-ом классе при наличии билета во 2-ой класс. Это касается инвалидов войны и еще некоторых категорий инвалидов](#)

### **BI – Blindheit**

Menschen sind blind („BI“), wenn ihnen das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind gelten auch Menschen, die auf dem besseren Auge eine Sehschärfe von nicht mehr als 1/50 haben oder bei denen so schwerwiegende andere Störungen des Sehvermögens vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzustellen sind.

[Инвалид по зрению](#)

### **GI – Gehörlosigkeit**

Gehörlos ist ein Mensch, bei dem Taubheit beiderseits oder eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit beiderseits, verbunden mit schweren Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) vorliegt. In der Regel zählen hierzu hörbehinderte Menschen, bei denen die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder in der Kindheit erworben ist.

[Инвалид по слуху](#)

---

**[Правильно заполненный формуляр со всеми необходимыми приложениями отсылается в Versorgungsamt.](#)**

---

## Несколько слов в заключение

- Желательно упомянуть обо всех ваших заболеваниях. При этом не обязательно называть точные медицинские диагнозы. Вполне достаточно обозначить их как "высокое давление", "заболевание сердца" и т.п.
- В ваших интересах, чтобы ваши заболевания были признаны как инвалидность. Поэтому для установления инвалидности, ее степени и особых отметок важно, чтобы врачи упоминали обо всех ваших заболеваниях. Хотя, разумеется, вам решать, хотите ли вы упоминать обо всех нарушениях вашего здоровья.
- Вносить в формуляр необходимо только тех врачей, которые лечили вас в последние два года.
- Чтобы не затягивать время обработки вашего заявления о предоставлении инвалидности, особенно важны точные сведения о фамилиях и адресах лечащих врачей.
- То же касается больниц, где вы находились на лечении, а также курортных и реабилитационных клиник. Не забудьте упомянуть, лечились вы стационарно или амбулаторно

И последнее. Опираясь на собственный опыт, хочу сказать вот что. Не стесняйтесь задавать вопросы, попросить кого-то проверить, правильно ли вы заполнили формуляр. Кстати, как правило, в этом не отказывают и чиновники, принимающие у вас документы. Будьте откровенны с врачами. В Германии не существует понятия, что болеть - стыдно. Не бойтесь чиновников. Забудьте опыт общения с "государевыми людьми" на нашей с вами родине. Немецкие чиновники в массе своей доброжелательны и приветливы. И даже если что-то когда-то в общении с ними вам пришлось не по душе, скажите себе, что это исключение, подтверждающее общее правило.

Здоровья вам и удачи.

Ирина Парасюк