

Antrag auf Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld

für:

geb.am:

Pflegebedürftiger:

1. Ich stehe mit dem Pflegebedürftigen in folgendem Verwandtschaftsverhältnis

2. Ich bin selbständig

nein ja

3. Ich beziehe folgende Leistungen:

- Arbeitslosengeld nach dem dritten Buch Sozialgesetzbuch
 Bürgergeld nach dem zweiten Buch Sozialgesetzbuch

4. Unmittelbar vor Beginn des Pflegeunterstützungsgeldes war ich

bei folgender Krankenkasse versichert:

5. Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht zur Rentenversicherung

Zahlen Sie Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung bzw. haben Sie in den letzten 12 Monaten vor Beginn der beantragten Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes einen Pflichtbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt oder ist für Sie während dieser Zeit auf Grund der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines Pflegebedürftigen ein Pflichtbeitrag gezahlt worden?

nein ja, zuletzt am _____ für _____ zur
 Deutsche RV Bund (BfA) Deutsche RV

Ich habe mich von der Versicherungspflicht befreien lassen:

nein ja, befreit seit dem _____ (Bitte Nachweis beifügen)

Ich habe beim Rentenversicherungsträger einen Antrag auf Versicherungspflicht für Bezieher von Entgeltersatzleistungen gestellt:

ja am: _____ bei _____ nein wird noch gestellt
 Dem Antrag wurde stattgegeben (Bitte Bescheid beifügen.)

6. Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht zur Arbeitslosenversicherung

Unmittelbar vor Beginn des Pflegeunterstützungsgeldes

- bestand Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung
 habe ich eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem dritten Buch Sozialgesetzbuch bezogen (z.B. Arbeitslosengeld)

7. Ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Notwendigkeit einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung zur Organisation der Pflege

ist beigelegt wird nachgereicht liegt bereits vor

8. Bankverbindung

IBAN (International Bank Account Number):	Geldinstitut:
BIC (Bank Identifier Code):	Kontoinhaber:

steuerliche Identifikationsnummer: _____

Datum

Unterschrift

Telefon

Datenschutzhinweis

Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 36 – 43 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Die Angabe der Telefon-Nr. sowie die Einwilligung zur Datenerhebung sind freiwillig. Unterbleibt Ihre Mitwirkung, soweit sie nicht freiwillig ist, dürfen wir unsere Leistungen nach § 66 SGB I einschränken. Weiterführende Informationen zum Datenschutz, zu Ihren Mitwirkungspflichten sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der IKK gesund plus finden Sie auf der Internetseite: www.ikk-gesundplus.de/dsgvo. Diese Informationen können Ihnen auf Wunsch selbstverständlich auch gern per Post zugesendet werden.