

# Soziale Sicherung von Pflegepersonen in der Pflegezeit

## Antrag auf Beitragszuschuss

nach § 44 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) für Pflegepersonen  
während einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz

<b>I. Angaben zur/ zum Pflegebedürftigen</b>	
<b>1. Persönliche Daten des/der Pflegebedürftigen</b>	
Name:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Krankenversicherungsnummer:
<b>2. Ergänzende Angaben zum Pflegeversicherungsschutz</b>	
Es besteht Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge Wenn ja, dann Name und Anschrift der Beihilfestelle bzw. des Dienstherrn:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name des Beihilfeberechtigten falls abweichend von Nr. 1:	
<b>II. Angaben zur Pflegeperson</b>	
Name, Vorname :	Geburtsdatum:
Anschrift:	Rentenversicherungsnummer:
Ich nehme Pflegezeit in Anspruch	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>III. Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht in der Arbeitslosenversicherung</b>	
Unmittelbar vor der Pflegezeit war ich - in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung - in einer als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM) geförderten Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Name und Anschrift des Arbeitgebers:	
Während der Pflegezeit bin ich von der Arbeitsleistung - teilweise freigestellt, das erzielte Arbeitsentgelt liegt unter 520 Euro - ganz freigestellt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Beginn der Freistellung: _____ Ende der Freistellung: _____	
Während der Pflegezeit besteht Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (z.B. Arbeitslosengeld I)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>IV. Antrag auf Beitragszuschuss nach § 44 a SGB XI</b>	
Name der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens:	
Während der Pflegezeit bin ich	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
Höhe der Beiträge zur Krankenversicherung (monatlich): _____ Euro zur Pflegeversicherung (monatlich _____ Euro	Bitte Nachweis über die Beitragshöhe beifügen.
Kontoinhaber: _____	Geldinstitut: _____
IBAN: _____	BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Die Angaben erfolgen auf der Grundlage des § 44 a SGB XI. Änderungen der Verhältnisse, die für die Versicherungs-/Beitragspflicht oder die Beitragshöhe erheblich sind (z.B. Unterbrechungen oder Aufgabe der Pflegetätigkeit), hat die Pflegeperson der Pflegekasse mitzuteilen. Die Pflegeperson ist zur Mitwirkung verpflichtet.

**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](http://www.ikk-gesundplus.de/dsgvo). Diese Informationen können Ihnen auf Wunsch selbstverständlich auch gern per Post zugesendet werden.