

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 1.3

Einkünfte aus betrieblicher oder privater Versicherung (zum Beispiel Betriebsrente, Rente aus privaten Lebensversicherungen oder Rentenversicherungen, Renten der privaten Unfallversicherung, öffentlich-rechtliche Zusatzversorgungen)

Elterngeld

Sonstiges (zum Beispiel Verletztenrente der gesetzlichen Unfallversicherung)

1.4 **Leistungen zur Grundsicherung** nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches - Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) - zum Beispiel **Arbeitslosengeld II** (Angaben zu Ziffern 2 bis 4 sind nicht erforderlich)

1.5 **Hilfe zum Lebensunterhalt** (Sozialhilfe) oder **Leistungen zur Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung** nach dem SGB XII (Angaben zu Ziffern 2 bis 4 sind nicht erforderlich)

1.6 **kein Erwerbseinkommen oder Erwerb ersatz Einkommen** (Angaben zu Ziffern 2 bis 4 sind nicht erforderlich)

2 Angaben zu Kindern

2.1 Ich habe ein

leibliches Kind / Adoptivkind. Pflegekind / Stiefkind und lebe mit ihm in häuslicher Gemeinschaft.

Name, Vorname des jüngsten Kindes

Geburtsdatum

2.2 Für mein Kind / eines meiner Kinder besteht ein Anspruch auf Kindergeld:

Zahlstelle

nein ja

Aktenzeichen

Voraussichtliches Ende des Kindergeldanspruches

Bei volljährigen Kindern bitte Nachweis über den Anspruch auf Kindergeld beifügen.

3 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

(Angaben sind nicht erforderlich, wenn Ziffer 2.2 mit "ja" beantwortet wurde)

3.1 Ich lebe mit meinem Ehegatten / Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes in häuslicher Gemeinschaft

nein ja

3.2 Weil ich pflegebedürftig bin, kann mein Ehegatte / Lebenspartner eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben (bitte entsprechende Nachweise beifügen)

nein ja

3.3 Mein Ehegatte / Lebenspartner bedarf selbst der Pflege (bitte entsprechende Nachweise beifügen)

nein ja

3.4 Mein Ehegatte / Lebenspartner hat Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung

nein ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

4 Angaben zu bereits geleisteten Zuzahlungen

4.1 Ich befand mich in diesem Kalenderjahr in Krankenhausbehandlung und / oder nahm an einer stationären Rehabilitationsleistung teil

vom - bis

nein ja

4.2 Ich habe für die zuvor genannten Aufenthalte eine Zuzahlung geleistet
(bitte entsprechende Nachweise beifügen)

vom - bis

nein ja

4.3 Ich hatte für die zuvor genannten Aufenthalte keine Zuzahlung zu leisten, weil die Belastungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht wurde oder wegen einer bereits geleisteten Vorauszahlung
(bitte entsprechende Nachweise beifügen)

nein ja

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

