

AOK NORDWEST  
Die Gesundheitskasse.  
58079 Hagen

**Angaben des betreuenden Elternteils:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_

**Angaben des Kindes:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Zeitraum der Betreuung:**

Vom: \_\_\_\_\_

Bis: \_\_\_\_\_

**Erklärung der/des Versicherten für die Zahlung von Kinderpflege-Krankengeld bei  
pandemiebedingter Betreuung des Kindes im Sinne des § 45 Abs. 2a SGB V**

Ich versichere, dass ich wegen pandemiebedingter Beaufsichtigung oder Betreuung des Kindes der Arbeit ferngeblieben bin. Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung des Kindes nicht übernehmen.

**Angaben zur Feststellung des Leistungsanspruches:**

Die Betreuung meines Kindes durch mich ist notwendig, weil: *(Bitte zutreffendes ankreuzen):*

- die Schule / Einrichtung von Menschen mit Behinderung / Einrichtung zur Betreuung von Kindern (Kindertageseinrichtungen, Hort, Kindertagespflegestellen) von der zuständigen Behörde vorübergehend pandemiebedingt geschlossen wurde.
- das Betreten der genannten Einrichtung untersagt wurde.
- die Betriebs- oder Schulferien angeordnet oder verlängert wurden.
- die Präsenzpflicht in der Schule aufgehoben wurde oder der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot eingeschränkt wurde.
- ich mein Kind aufgrund einer behördlichen Empfehlung, die genannte Einrichtung nicht zu besuchen, betreue.

Ich habe gegen meinen Arbeitgeber oder einen Dritten für den o.g. Zeitraum der Betreuung meines Kindes Anspruch auf bezahlte Freistellung:

Nein  Ja, für \_\_\_\_\_ Tage

Ich bin Alleinerziehende/r

Nein  Ja

