

Antrag für den Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

Ich bin eine nahe Angehörige/ein naher Angehöriger der pflegebedürftigen Person im Sinne des Pflegezeitgesetzes.
(dazu gehören: Eltern, Großeltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehe- und Lebenspartner/-innen, Partner/-innen einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Schwägerinnen u. Schwäger, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, Kinder oder Adoptiv- oder Pflegekinder der Ehe- oder Lebenspartnerin bzw. Partners, Schwiegerkinder und Enkelkinder).

ja nein

Es wurde bereits Pflegeunterstützungsgeld für _____ gewährt.

ja, vom _____ bis _____ nein

Ich versichere, dass ich zur Sicherstellung/Organisation der Pflege meines/meiner nahen Angehörigen der Arbeit

vom _____ bis _____ ferngeblieben bin und gegen meinen Arbeitgeber

keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung

Anspruch auf Entgeltfortzahlung für _____ Tage während der Freistellung von der Arbeit habe.

Es wurden bereits Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld oder Verletztengeld bei Erkrankung des Kindes) gewährt.

ja, vom _____ bis _____ nein

Ich beantrage einen Zuschuss zu meiner privaten Krankenversicherung und füge meinen aktuellen Beitragsnachweis diesem Schreiben bei.

Ich bin seit _____ von der Rentenversicherungspflicht befreit. (bitte Kopie vom Befreiungsbescheid beifügen)

Ich beantrage die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen aus dem Pflegeunterstützungsgeld an die berufsständische Versorgungseinrichtung.

Ich bin Pflichtmitglied in folgender berufsständischer Versorgungseinrichtung (z. B. Ärztekammer)

Name und Anschrift

Mitgliedsnummer

Während des Pflegeunterstützungsgeldbezuges zahle ich

einkommensabhängige Beiträge (wie in der gesetzlichen Rentenversicherung)

von _____ EUR monatlich kalendertäglich

einen Mindestbeitrag von _____ EUR monatlich kalendertäglich

keine Beiträge zur Krankenversicherung.

Ich verpflichte mich, Änderungen in den aktuellen Verhältnissen, die meine pflegebedürftige Angehörige bzw. meinen pflegebedürftigen Angehörigen oder mich betreffen umgehend bei der Pflegekasse bei der AOK PLUS bekannt zu geben.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

Allgemeiner Hinweis: Bitte dem Antrag die ärztliche Bescheinigung beifügen.

Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrags auf Pflegeleistungen nach § 44 a SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen nach § 44 a SGB XI) führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/plus/datenschutzrechte.