Antrag für den Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ, Wohnort: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

RV-VSNR: ☐☐ ☐☐☐☐☐☐ ☐ ☐☐☐

Staatsangehörigkeit: _____

Name und Anschrift Krankenkasse/Krankenversicherungsunternehmen: _____

_____

☐ Steuer-ID _____

☐ Ich beantrage einen Zuschuss zu meiner privaten Krankenvollversicherung

☐ Ich bin von der Rentenversicherung befreit und beantrage die Zahlung der Beiträge an die folgende für mich zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung (Name und Anschrift):

_____

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

BIC oder BLZ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IBAN oder Konto: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Arbeitgeber: _____

Anschrift: _____

Beamter ☐ Arbeitnehmer ☐

Angaben zum pflegebedürftigen Angehörigen (Verwandtschaftsgrad): _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ, Wohnort: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Es besteht Anspruch auf Beihilfe/Heilfürsorge ☐ ja ☐ nein

KV-Nr.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Kurze Beschreibung der akut eingetretenen Pflegesituation:

_____

_____

_____

_____

Ich versichere, dass ich zur Sicherstellung/Organisation der Pflege meines 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.

Ich versichere, dass ich im genannten Zeitraum keinen Anspruch auf Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V oder § 45 Abs. 4 SGB VII beanspruche.

_____ _____

Datum Unterschrift des Antragstellers

24 Stunden-Service
Hotline: 0800 4772000
E-Mail: info@service.rps.aok.de
Internet: http://www.aok.de

IK-Nr.: 107 310 373
Betriebsnummer: 516 057 25

Öffnungszeiten
Mo. bis Do. 08:00 - 16:00 Uhr
Fr. 08:00 - 15:00 Uhr
und nach Vereinbarung

BANK FUER SOZIALWIRTSCHAFT AG
Konto 0008190100
BLZ 55020500
IBAN DE53 5502 0500 0008 1901 00
BIC BFSWDE33MNZ