

**PFLEGEKASSE****Antrag auf Leistungen während einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG)**

beiliegend erhalten Sie einen Antrag auf Leistungen nach dem Pflegezeitgesetz. Bitte füllen Sie den Vordruck vollständig aus und senden uns diesen unterschrieben zurück.

Kennen Sie schon unsere Broschüren zu speziellen Pflege-Themen?

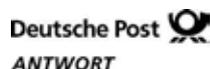
Falls Sie Interesse oder Fragen rund um die Pflegeversicherung haben, schreiben Sie uns oder rufen Sie uns an - wir beraten Sie gern.

An dieser Stelle noch ein Hinweis. Sie suchen für sich oder einen Angehörigen einen ambulanten Pflegedienst oder eine geeignete teil- bzw. vollstationäre Pflegeeinrichtung (z. B. zur vorübergehenden Kurzzeitpflege oder dauerhaften Heimunterbringung) in Ihrer Nähe?

Mit dem Pflegelotsen der KKH finden Sie Informationen über Angebote von Leistungserbringern im Bereich der ambulanten und stationären Pflege. Er enthält Angaben zur Struktur und zu Preisen sowie die Anschriften. Der Pflegelotse steht Ihnen über unsere Homepage unter [www.kkh.de/pflegelotse](http://www.kkh.de/pflegelotse) zur Verfügung.

Sofern Sie eine individuelle Pflegeberatung wünschen, sind wir für Sie rund um die Uhr über die KKH Gesundheitshotline unter der Rufnummer 089 9 50 08 41 88 oder per E-Mail unter [gesundheitshotline@kkh.de](mailto:gesundheitshotline@kkh.de) erreichbar.

Anlage



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

**I. Angaben zur/zum Pflegebedürftigen**

1. Persönliche Daten des/der Pflegebedürftigen	
_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Anschrift	Krankenversicherturnummer

2. Ergänzende Angaben zum Pflegeversicherungsschutz	
Es besteht ein Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____	
Wenn ja, Name und Anschrift der Beihilfestelle bzw. des Dienstherrn	
_____	
Name des Beihilfeberechtigten, falls abweichend von Nr. 1	

**II. Angaben zur Pflegeperson**

1. Persönliche Daten der Pflegeperson	
Ich nehme Pflegezeit in Anspruch	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
In welcher Beziehung stehen Sie zur pflegebedürftigen Person?	
<input type="checkbox"/> Naher Angehöriger <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Sonstige Person
_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Anschrift	Rentenversicherturnummer

<sup>1</sup> - Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftlichen Gemeinschaft  
 - Eltern, Großeltern, Schwiegereltern, Stiefeltern  
 - Geschwister, Schwägerinnen oder Schwager, eigene Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder oder die des Ehegatten oder Lebenspartners sowie Schwiegerkinder und Enkelkinder

**Bitte tragen Sie hier Ihre Steuer-ID ein:**

(Angabe zwingend erforderlich)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Zahlung von Zuschüssen zu Sozialversicherungsbeiträgen besteht unter bestimmten Voraussetzungen eine Pflicht zur Übermittlung dieser Beträge an die Finanzbehörde. Die Steuer-ID ist 11-stellig (ohne Buchstaben), beginnt nicht mit der Ziffer 0 und ist nicht mit Ihrer Steuernummer zu verwechseln. Die genaue Angabe können Sie aus dem zuletzt erhaltenen Einkommensteuerbescheid oder der Lohnsteuerbescheinigung entnehmen.

**2. Angaben der Pflegeperson zum Beschäftigungsverhältnis**

Unmittelbar vor der Pflegezeit war ich

- in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung
- in einer als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM) geförderten Beschäftigung

Während der Pflegezeit bin ich von der Arbeitsleistung

- ganz freigestellt.
- teilweise freigestellt. Das monatliche Arbeitsentgelt liegt regelmäßig nicht über 450,00 EUR.

Beginn der Freistellung \_\_\_\_\_ Ende der Freistellung \_\_\_\_\_

**III. Antrag auf Beitragszuschuss nach § 44a SGB XI**

Während der Pflegezeit bin ich  gesetzlich versichert  privat versichert

\_\_\_\_\_  
Name Ihrer Krankenkasse / Ihres Versicherungsunternehmens

Höhe der monatlichen Beiträge

zur Krankenversicherung \_\_\_\_\_ EUR

zur Pflegeversicherung \_\_\_\_\_ EUR

Bitte Nachweis über die Beitragshöhe beifügen!

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
IBAN

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der Pflegekasse bei der KKH nach §§ 60 SGB I, 50 und 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrags auf Leistungen während einer Pflegezeit nach § 44a SGB XI erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite [www.kkh.de/datenschutz](http://www.kkh.de/datenschutz).

Änderungen der Verhältnisse, die für die Zuschusshöhe erheblich sind (z. B. Unterbrechung oder Aufgabe der Pfl egetätigkeit), hat die Pflegeperson der Pflegekasse mitzuteilen. Die Pflegeperson ist zur Mitwirkung verpflichtet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift