

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

Das oben genannte Dokument haben Sie sich heruntergeladen.  
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 [gesundheitsshotline@kkh.de](mailto:gesundheitsshotline@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	Krankenversicherungsnummer

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	
_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Anschrift	Rentenversicherungsnummer
Ich nehme Pflegezeit in Anspruch	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## 2. Angaben der Pflegeperson zum Beschäftigungsverhältnis

Unmittelbar vor der Pflegezeit war ich

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

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Arbeitgebers

Während der Pflegezeit bin ich von der Arbeitsleistung

- teilweise freigestellt, das erzielte Arbeitsentgelt liegt unter 400,00 EUR
- ganz freigestellt

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Die Angaben erfolgen auf der Grundlage des § 44a SGB XI. Änderungen der Verhältnisse, die für die Zuschusshöhe erheblich sind (z. B. Unterbrechung oder Aufgabe der Pflege Tätigkeit), hat die Pflegeperson der Pflegekasse mitzuteilen. Die Pflegeperson ist zur Mitwirkung verpflichtet.