

Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Das oben genannte Dokument haben Sie sich heruntergeladen.

Wir wünschen Ihnen alles Gute in dieser Zeit und bieten Ihnen die erforderliche Unterstützung, wenn Sie in einer akut aufgetretenen Situation die Pflege eines nahen Angehörigen organisieren oder eine pflegerische Versorgung sicherstellen müssen.

Für die Dauer der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung von bis zu zehn Arbeitstagen kann Ihnen ein Pflegeunterstützungsgeld gewährt werden, wenn die Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind. Um diese zu prüfen, benötigen wir Ihre Hilfe.

Senden Sie uns bitte die anliegenden Unterlagen ausgefüllt und unterschrieben zurück:

- **Antrag auf Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld**
- **Ärztliche Bescheinigung (Teil III des Antragsformulars)**
- **Entgeltbescheinigung (vom Arbeitgeber auszufüllen)**

Bitte berücksichtigen Sie, dass für die Erstellung der ärztlichen Bescheinigung ggf. anfallende Kosten nicht von der Pflegekasse übernommen werden können.

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. Auch weitere wichtige Informationen über die Qualität der Pflegeeinrichtungen - die sogenannten Pflegenoten - sind darin veröffentlicht. Der Pflegelotse steht Ihnen über unsere Homepage unter 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 gesundheits hotline@kkh.de erreichbar.

Anlagen

Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld

Hiermit beantrage ich für die Dauer einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung die Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld.

I Angaben des Antragstellers (pflegende Person)			
I.I Persönliche Angaben			
Name _____	Vorname _____		
Geburtsdatum _____	Geburtsname, ggf. frühere Namen _____	<input type="checkbox"/> männlich	Telefonnummer (freiwillige Angabe) _____
	<input type="checkbox"/> weiblich		
Straße _____	Postleitzahl _____	Wohnort _____	
I.II Angaben zum Freistellungszeitraum und Beschäftigungsverhältnis			
Für welchen Zeitraum wurde mit Ihrem Arbeitgeber eine vollständige Freistellung von der Arbeit vereinbart?	von _____		bis _____
Stehen Sie in einem Beschäftigungsverhältnis?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja
Wird die Beschäftigung geringfügig ausgeübt? (Bei einer geringfügigen Beschäftigung wird die monatliche Entgeltgrenze von 450,00 Euro nicht überschritten.)	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja
Beziehen Sie während der Freistellung Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja
Hat Ihnen Ihr Arbeitgeber einen Verdienstausschlag bescheinigt?	Die ausgefüllte Entgeltbescheinigung <input type="checkbox"/> ist beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		

I.III Angaben zur Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld

Die Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld für den in Punkt I.II genannten Freistellungszeitraum soll an folgende Bankverbindung erfolgen:

Kontoinhaber (falls abweichend)

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Steuer-Identifikationsnummer
(Angabe zwingend erforderlich)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

I.IV Angaben zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht

Wurden in den letzten 12 Monaten vor Beginn des beantragten Leistungszeitraums Rentenversicherungsbeiträge für Sie gezahlt (ggf. auch auf freiwilliger Basis)?

ja

nein

Anmerkung:

Sofern Sie in diesem Zeitraum Arbeitslosengeld II empfangen haben, verlängert sich der Betrachtungszeitraum um die Dauer des Leistungsbezuges.

Rentenversicherungsnummer

Wenn keine deutsche Rentenversicherungsnummer bekannt ist:

Name des zuständigen Rentenversicherungsträgers

Geburtsland

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Besteht Versicherungsfreiheit zur Rentenversicherung oder haben Sie sich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen?

ja

nein

Besteht eine Mitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung?

nein

ja

(z. B. Versorgungswerk der Ärzte, Zahnärzte, Rechtsanwälte)

Name des Versorgungswerkes

Mitgliedsnummer

Sollen für Sie Rentenversicherungsbeiträge an Ihre berufsständische Versorgungseinrichtung gezahlt werden?

ja

nein

(Die Beitragsabführung erfolgt über die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) e. V.)

I.V Angaben zur Feststellung der Arbeitslosenversicherungspflicht

Unmittelbar vor Beginn des beantragten Leistungszeitraums

- war ich in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ja nein
- habe ich eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III bezogen (z. B. Arbeitslosengeld, Übergangsgeld) ja, _____ nein
Art der Leistung
- habe ich eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt ja nein

I.VI Feststellung der Krankenversicherungspflicht

Ich bin Mitglied in einer/der

- gesetzlichen Krankenkasse
- privaten Krankenversicherung
- Postbeamtenkrankenkasse
- Krankenversorgung der Bundesbahn-Beamten
- landwirtschaftlichen Krankenkasse
Als landwirtschaftlicher Unternehmer bin ich
 - gesetzlich pflegeversichert
 - privat pflegeversichert

Ich bin kostenfrei familienversichert (z. B. über den Ehegatten)

- ja nein

Angaben zur Krankenkasse / zum Versicherungsunternehmen

Name der Krankenkasse / des Versicherungsunternehmens

Anschrift

Krankenversicherungsnummer

Beinhaltet der Versicherungsschutz einen Anspruch auf Krankengeld?

- ja nein

Wie hoch sind Ihre monatlichen Krankenversicherungsbeiträge?

(Diese Angabe ist nicht erforderlich bei einer Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse.)

Mein Krankenversicherungsbeitrag beläuft sich auf monatlich _____ , _____ €

(Bitte fügen Sie einen Nachweis über die Beitragshöhe bei.)

II Angaben zur pflegebedürftigen Person

II.I Persönliche Angaben

Name _____		Vorname _____		
Straße _____		Postleitzahl _____	Wohnort _____	
Geburtsdatum _____	Telefonnummer (freiwillige Angabe) _____		Servicezeichen _____	
In welcher Beziehung stehen Sie als pflegender Angehöriger zur pflegebedürftigen Person?	<input type="checkbox"/> Elternteil			<input type="checkbox"/> Kind
	<input type="checkbox"/> Großelternanteil			<input type="checkbox"/> Adoptiv- / Pflegekind
	<input type="checkbox"/> Schwieger- / Stiefelternanteil			<input type="checkbox"/> Bruder / Schwester
	<input type="checkbox"/> Schwager / Schwägerin			
	<input type="checkbox"/> Ehegatte / Lebenspartner			
	<input type="checkbox"/> Kind, Adoptiv- oder Pflegekind des Ehegatten / Lebenspartners			
	<input type="checkbox"/> Partner einer eheähnlichen / lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft			
	<input type="checkbox"/> Schwieger- / Enkelkind			

II.II Ergänzende Angaben zum Pflegeversicherungsschutz

Besteht für den Pflegebedürftigen ein Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen? (Bei bestehendem Anspruch wird die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe bzw. der Dienstherr über den beitragspflichtigen Bezug von Pflegeunterstützungsgeld informiert.)	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, _____
	Name der Beihilfestelle bzw. des Dienstherrn _____
	Anschrift _____
	Name der beihilfeberechtigten Person bei abgeleiteten Beihilfeansprüchen _____

Ich bestätige, dass sämtliche Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich werde unverzüglich Mitteilung geben, wenn die Arbeitsverhinderung vorzeitig endet oder wenn sonstige Veränderungen in den Verhältnissen eintreten.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

**Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung
bei Pflege eines nahen Angehörigen**

III Ärztliche Bescheinigung¹		
III.I Persönliche Angaben zur pflegebedürftigen Person		
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Name	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Vorname	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Geburtsdatum
III.II Persönliche Angaben zum pflegenden nahen Angehörigen		
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Name		<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Vorname
<p>Die kurzzeitige Freistellung von der Arbeit ist erforderlich, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>Zeitraum der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung</p> <p>von <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px; width: 300px; display: inline-block; vertical-align: middle;"/> bis <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px; width: 300px; display: inline-block; vertical-align: middle;"/></p>		
<p>Die unter Punkt III.I benannte Person erfüllt voraussichtlich die Kriterien einer Pflegebedürftigkeit. ²</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>(Die Beantwortung dieser Fragestellung ist nur erforderlich, sofern der pflegebedürftigen Person zum Zeitpunkt der Antragstellung noch kein Pflegegrad zuerkannt wurde.)</p>		
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Ort, Datum		<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

¹ Für die Erstellung der ärztlichen Bescheinigung ggf. anfallende Kosten können von der Pflegekasse nicht übernommen werden.

² i. S. d. §§ 14 und 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)

Entgeltbescheinigung

zur Berechnung von Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

Vom Antragsteller anzugeben	
Name, Vorname des Angehörigen	
Krankenversicherungsnummer	

Beschäftigter:

Name, Vorname

Versicherungsnummer

Beitragsgruppenschlüssel

Name der Versicherung

Aktenzeichen Beschäftigter
(z. B. Personal-Nr.)

1 Angaben zum Arbeitsverhältnis

Das Arbeitsverhältnis wurde beendet zum

2 Angaben zur Freistellung

2.1 Wegen kurzzeitiger Arbeitsverhinderung von der Arbeit freigestellt vom

2.2 Wurde am ersten Tag der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung teilweise gearbeitet, aber für den gesamten Tag Arbeitsentgelt gezahlt?

Ja Nein

2.3* Anzahl der Arbeitstage im Freistellungszeitraum

2.4* Für den unter 2.1 genannten Zeitraum ist der Anspruch auf bezahlte Freistellung

Ausgeschlossen durch Tarifvertrag Betriebsvereinbarung Arbeitsvertrag Sonstige Entgeltersatzleistung
gegeben für Arbeitstage

2.5* Der unter 2.4 angegebene Anspruch auf bezahlte Freistellung bestand vom

3 Arbeitsentgelt

3.1* Höhe des/der während der Freistellung ausgefallenen beitragspflichtigen Arbeitsentgelts/Heuer einschließlich ausgefallener Sachbezüge und lohnsteuerfreier, aber sozialversicherungspflichtiger Zuschläge nach Durchführung der Entgeltumwandlung. Dabei werden einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, Kindergeld sowie die Gleitzone Regelung nicht berücksichtigt.

brutto netto

3.2* Wurden in den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn der Freistellung beitragspflichtige Einmalzahlungen gewährt?

Ja Nein

3.3 Bei privat krankenversicherten Beschäftigten wurde der Zuschuss nach § 257 Abs. 2 SGB V anteilig gekürzt?

Ja Nein

Erläuterungen

- Zu 2.3 Hier ist ausschließlich die Zahl der **Arbeitstage** anzugeben, **an denen** wegen kurzzeitiger Arbeitsverhinderung in dem unter 2.1 gemeldeten Zeitraum nicht gearbeitet wurde, ansonsten aber **hätte gearbeitet werden müssen**.

Wenn die Frage 2.2 mit „Ja“ beantwortet wurde, ist dieser Tag nicht als Arbeitstag mit anzugeben.

- Zu 2.4 Hier ist für den Freistellungszeitraum (2.1) zu melden, ob und ggf. wodurch der Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht bzw. ausgeschlossen wurde.

Nach § 19 Abs. 1 Nr. 2b Berufsbildungsgesetz (BBiG) ist Auszubildenden die Vergütung bis zur Dauer von sechs Wochen zu zahlen, wenn sie aus einem sonstigen, in ihrer Person liegenden Grund unverschuldet verhindert sind, ihre Pflichten aus dem Berufsausbildungsverhältnis zu erfüllen. Der bestehende Entgeltfortzahlungsanspruch durch den Arbeitgeber kann nicht abgedungen werden; ist also vorrangig vor dem Krankengeld nach § 45 SGB V zu erfüllen. Für die Ausbildung im Gesundheitswesen findet jedoch das BBiG keine Anwendung (vgl. § 22 KrPflG, § 26 HebG, § 28 AltPflG), so dass hier die allgemeinen Voraussetzungen zum Entgeltfortzahlungsanspruch (Ausschluss bzw. Begrenzung) bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gelten.

- Zu 2.5 Hier ist der **Zeitraum** anzugeben für den eine **bezahlte Freistellung** gemäß 2.4 gewährt wurde.

- Zu 3.1. **Brutto:**

Hier ist das während des Freistellungszeitraums (2.1) **ausgefallene laufende, dem Grunde nach beitragspflichtige Bruttoarbeitsentgelt ohne Begrenzung auf eine Beitragsbemessungsgrenze** zu melden; notwendig u.a. für die Beitragsermittlung durch den Sozialversicherungsträger.

Als Bruttoarbeitsentgelt in diesem Sinne gilt das laufende Sozialversicherungsbruttoentgelt (SV-Brutto) laut Entgeltbescheinigungsverordnung (EBV).

Das ausgefallene Bruttoarbeitsentgelt ergibt sich aus dem SV-Brutto, welches dem Arbeitnehmer ohne Freistellung wegen kurzzeitiger Arbeitsverhinderung im maßgebenden Entgeltabrechnungszeitraum zugestanden hätte (Brutto 1), abzüglich des SV-Brutto, welches dem Arbeitnehmer für den um den Freistellungszeitraum gekürzten Entgeltabrechnungszeitraum zusteht (Brutto 2). Ggf. tatsächlich weitergewährte Arbeitsentgeltbestandteile für den Zeitraum der Freistellung sind im Brutto 2 enthalten.

Liegen in einem Abrechnungszeitraum mehrere nicht nahtlos aneinander schließende Freistellungszeiträume oder anderweitige Fehlzeiten vor, ist für jeden Freistellungszeitraum eine Meldung abzugeben. Für jede Meldung muss daher (ggf. auch fiktiv) ein ausgefallenes Bruttoarbeitsentgelt bestimmt werden.

Folgende allgemeine Vorgaben sind zu beachten:

- Eine **Nachzahlung** aufgrund einer rückwirkenden Entgelterhöhung wird nur dann berücksichtigt, wenn der Zeitpunkt der Begründung des Anspruchs (z. B. der Tag des Tarifabschlusses) vor dem Beginn der Freistellung wegen kurzzeitiger Arbeitsverhinderung liegt. Die Nachzahlung wird in diesem Fall mitbescheinigt, wenn sie sich auf den maßgebenden Freistellungszeitraum (2.1) bezieht. Dies gilt auch dann, wenn die Nachzahlung für die Berechnung der Beiträge aus Vereinfachungsgründen wie einmalig gezahltes Arbeitsentgelt behandelt worden ist.
- Bei Arbeitsentgelten innerhalb der **Gleitzone** (§ 20 Abs. 2 SGB IV) ist das tatsächliche (nicht das beitragspflichtige) Bruttoarbeitsentgelt zu melden.
- Bei **Seeleuten** ist die während der Freistellung ausgefallene Heuer zu melden.

Grundlage für die Ermittlung der Bruttoarbeitsentgelte ist:

- bei **gleichbleibendem Monatsentgelt/Stundenlohn** (ohne variable Entgeltbestandteile) das vertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt.
- bei **gleichbleibendem Monatsentgelt/Stundenlohn mit zusätzlichen variablen Entgeltbestandteilen** (z. B. Mehrarbeits- und Überstundenvergütung, Leistungszulagen, Provisionen) oder **schwankenden Monatsentgelten** (z.B. Stück- oder Akkordlohn) das analog § 4 Abs. 1, 1a Satz 2 und Abs. 4 EntgFG zu bestimmende SV-Brutto. Dabei sind Überstundenvergütungen zu berücksichtigen. Können diese nicht exakt ermittelt werden, ist auf einen Durchschnittswert analog § 4 Abs. 1a Satz 2 oder Abs. 4 EntgFG abzustellen.
- bei **Kurzarbeit** (auch Saison- oder Transferkurzarbeit) das SV-Brutto ohne Arbeitsausfall (Soll-Entgelt).

Die Übermittlung einer Meldung (ggf. auch für einen Teilzeitraum der Freistellung bei abrechnungszeitraum-

übergreifendem Verlauf) ist nur dann vorzunehmen, wenn für den zu meldenden Freistellungszeitraum Arbeitsentgelt tatsächlich ausgefallen ist.

Nettoarbeitsentgelt:

Hier ist das während des Freistellungszeitraums (2.1) ausgefallene laufende Nettoarbeitsentgelt zu melden. Das ausgefallene Nettoarbeitsentgelt ist in diesem Sinne die Differenz vom Nettoarbeitsentgelt aus Brutto 1 abzüglich des Nettoarbeitsentgelts aus Brutto 2.

Folgende allgemeine Vorgaben sind zu beachten:

- Bei freiwilligen Krankenversicherten ist der um den Beitragszuschuss des Arbeitgebers verminderte Beitrag des Versicherten zur Kranken- und Pflegeversicherung vom Bruttoarbeitsentgelt abzuziehen.

Berechnung:

Gesamtbeitrag zur KV und PV

- Arbeitgeberzuschuss

= Beitragsanteil des Versicherten

Vom Bruttoarbeitsentgelt darf nur der Beitragsanteil des Versicherten abgezogen werden

- Für privat Krankenversicherte ist der um den Beitragszuschuss des Arbeitgebers verminderte Beitrag des Versicherten zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung abzuziehen.
- Beiträge der Arbeitnehmer zu berufsständischen Versorgungswerken, für eine Winterbeschäftigungsumlage oder zu den Arbeitnehmerkammern im Saarland und in Bremen/ Bremerhaven sind analog der gesetzlichen Abgaben vom Bruttoarbeitsentgelt abzuziehen.
- Bei Arbeitsentgelten innerhalb der Gleitzone (§ 20 Abs. 2 SGB IV) ist aus dem tatsächlichen (nicht dem beitragspflichtigen) Bruttoarbeitsentgelt ein fiktives Nettoarbeitsentgelt auf der Basis der allgemeinen Beitragsermittlungsgrundsätze – also ohne Berücksichtigung der besonderen beitragsrechtlichen Regelungen für die Gleitzone – zu ermitteln.
- Bei Kurzarbeit (auch Saison- oder Transferkurzarbeit) während der Freistellung setzt sich das Nettoarbeitsentgelt aus dem ausgefallenen Kurzarbeitergeld, dem ggf. tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelt und dem ggf. ausgefallenen Aufstockungsbetrag zusammen. Das ausgefallene Nettoarbeitsentgelt ist somit nicht aus dem SV-Brutto (Soll-Entgelt) zu ermitteln.

Zu 3.2 Es ist zu bescheinigen, ob **in den letzten 12 Kalendermonaten** vor Beginn der Freistellung wegen kurzzeitiger Arbeitsverhinderung dem Grunde nach **beitragspflichtige Einmalzahlungen** (§ 23a SGB IV) gewährt wurden. Die Beitragsbemessungsgrenze der jeweiligen Sozialversicherungsträger ist bei der Beurteilung nicht zu berücksichtigen.