

An (Dienststelle/Arbeitgeber)

**Erklärung** <sup>1)</sup>**betr. Zuschuss zum Pflegeversicherungsbeitrag nach § 61 SGB XI**

1.	Name, Vorname des Berechtigten	Straße, Haus-Nr.	Ort
	Geburtsdatum	VergGr. / LohnGr.	Personal-Nr.:
	Beschäftigungsdienststelle in (Ort/Bundesland)	Beschäftigungsort in (Ort/Bundesland) <sup>2)</sup>	
	Anordnende Stelle <sup>3)</sup>		

**2. Angaben zu den Familienangehörigen**

2.1	Ehegatte/Lebenspartner <sup>4)</sup> (Name, Vorname)	
2.2	Kinder <sup>5)</sup> (Name, Vorname)	Geburtsdatum

**3. Einkommensverhältnisse der Familienangehörigen**

- 3.1** Mein Ehegatte/Lebenspartner, mein(e) / sein(e) Kind(er) hat / haben ein Gesamteinkommen <sup>6)</sup>, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) <sup>7)</sup> überschreitet:

Ehegatte/Lebenspartner:

☐ nein ☐ ja

Kind(er):

☐ nein ☐ ja, für \_\_\_\_\_

☐ nein ☐ ja, für \_\_\_\_\_

☐ nein ☐ ja, für \_\_\_\_\_

- 3.2** Nur auszufüllen, wenn unter Nummer 3.1 mindestens ein mit dem Ehegatten oder Lebenspartner verwandtes Kind aufgeführt ist und es nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist:

Das Gesamteinkommen <sup>6)</sup> des Ehegatten/Lebenspartners übersteigt regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze <sup>8)</sup> und ist regelmäßig höher als mein Gesamteinkommen <sup>6)</sup>

☐ nein ☐ ja
**4. Angaben zur Versicherungspflicht**

<sup>1)</sup> Diese Erklärung ist abzugeben, soweit ein monatlicher Zuschuss zum Pflegeversicherungsbeitrag gewährt werden soll.

<sup>2)</sup> Beschäftigungsort ist der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich ausgeübt wird. Als Beschäftigungsort gilt der Ort, an dem eine feste Arbeitsstätte errichtet ist, falls Personen von dieser Stätte aus mit einzelnen Arbeiten außerhalb der Stätte beschäftigt werden. Sind Personen bei einem Arbeitgeber in mehreren festen Arbeitsstätten beschäftigt, gilt als Beschäftigungsort die Arbeitsstätte, in der sie überwiegend beschäftigt sind (vgl. § 9 SGB IV).

<sup>3)</sup> Nur bei zentralen Besoldungsstellen/Gehaltszahlungsstellen.

<sup>4)</sup> Gilt nur für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften im Sinne des § 1 Abs. 1 LPartG.

<sup>5)</sup> Zu den Kindern gehören (vgl. auch § 10 Abs. 4 SGB V): Eheliche Kinder; für ehelich erklärte Kinder; angenommene Kinder; nicht eheliche Kinder eines männlichen Beschäftigten, wenn seine Vaterschaft festgestellt ist; nicht eheliche Kinder einer Beschäftigten; Stiefkinder (Kinder des Lebenspartners) und Enkel, wenn sie von dem Beschäftigten überwiegend unterhalten werden; Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden.

<sup>6)</sup> Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (vgl. § 16 SGB IV)

<sup>7)</sup> für 2003: 340 € monatlich

<sup>8)</sup> für 2003: 3.450 € monatlich

- 4.1 Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung Freiwilliges Mitglied und habe einen Antrag auf Befreiung von der sozialen Pflegeversicherung **nicht** gestellt: ☐ nein ☐ ja
- 4.2 Ich bin von der Versicherungspflicht befreit worden: ☐ nein ☐ ja
- 4.3 Ich bin nach § 26 Abs. 2 SGB XI aus der Versicherungspflicht ausgeschieden und es besteht eine Weiterversicherung: ☐ nein ☐ ja
- 4.4 Ich bin in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherungsfrei, weil ein Befreiungstatbestand des § 5 Abs. 1 KVLG 1989 oder vor dem 1. Januar 1989 § 4 a Abs. 1 KVLG 1972 gegeben war: ☐ nein ☐ ja

## 5. Angaben zum Versicherungsverhältnis

- 5.1 Ich bin als freiwilliges Mitglied der GKV versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung bei der Pflegekasse der:

Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse, See-Krankenkasse, landwirtschaftliche Krankenkasse, Bundesknappschaft

in

- 5.2 Ich bin - mit meinem unter Nummer 2 aufgeführten Angehörigen - privat pflegeversichert bei der Pflegekasse des nachstehenden Versicherungsunternehmens:

Bezeichnung des Versicherungsunternehmens

in

Datum der letzten Vorlage der Bescheinigung des Versicherungsunternehmens

Familienversicherung nach §§ 25,110 SGB XI:

Ehegatte/Lebenspartner:

☐ nein ☐ ja

Kind(er):

☐ nein ☐ ja, für

☐ nein ☐ ja, für

☐ nein ☐ ja, für

Ich zahle für mich/meine Angehörigen für diese Versicherung(en) einen monatlichen Pflegeversicherungsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ €

Bescheinigung(en) der Krankenkasse(n) / des Versicherungsunternehmens über die versicherten Personen, die Höhe des von mir gezahlten Beitrages (ausgestellt auf die einzelnen Versicherten) und (nur zu Nummer 5.2) über die Art der mir und meinen Angehörigen zustehenden Versicherungsleistungen füge ich bei. Des Weiteren füge ich (*jeweils nach Ablauf von drei Jahren*) die Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens gemäß § 61 Abs. 7 SGB XI bei.

**Mir ist bekannt, dass ich Änderungen in den von mir angegebenen Versicherungen, die bei der Bemessung des Zuschusses berücksichtigt worden sind (z.B. Ausscheiden aus der Versicherung, Wechsel der Pflegeversicherung u. Ä.), insbesondere auch hinsichtlich der Höhe der Pflegeversicherungsbeiträge, unverzüglich anzuzeigen habe.**

Ort, Datum

Unterschrift