

Bitte im Original zurücksenden

KNAPPSCHAFT
 Fachzentrum Pflege
 45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

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

Bei Rückfragen/
 Schriftwechsel bitte
 unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten

Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen
 - unbedingt auch von Beschäftigten und Rentenbeziehern auszufüllen -
 (Bitte beachten Sie die nebenstehenden Erläuterungen)

A Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname

KVNR

B Angaben zur pflegenden Person (Pflegerperson)

Name, Vorname männlich weiblich

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

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

Rentenversicherungsnummer

Staatsangehörigkeit

Geburtsname, ggf. frühere Namen

Geburtsland und Geburtsort

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

Geburtsdatum (TT, MM, JJJJ)

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Ihre Rentenversicherungsnummer finden Sie in Ihrem Sozialversicherungsausweis, einer Gehaltsabrechnung oder in einer Mitteilung Ihrer Rentenversicherung.



1. Angaben zur Pflege

1.1 Ich pflege die pflegebedürftige Person seit dem:

Tag			Monat			Jahr			

an insgesamt _____ Stunden **wöchentlich**, an _____ Tagen **wöchentlich** am:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag
Samstag Sonntag

im Rhythmus von _____ Wochen / Monat/en

in folgendem Rhythmus: _____

Bitte tragen Sie immer die **wöchentlichen Gesamtstunden** ein.

1.2 Neben mir sind noch andere Pflegepersonen im Haushalt der pflegebedürftigen Person tätig:

Nein Ja,

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Weitere Pflegepersonen, die an der Pflege beteiligt sind, können Sie uns ggfs. auf einem separaten Blatt mitteilen.

1.3 Die Pflege wird von mir nur vorübergehend (nicht mehr als zwei Monate bzw. 60 Tage im Jahr), als Aushilfe/Vertretung ausgeübt:

Nein

Ja, vom

Tag			Monat			Jahr			

bis

Tag			Monat			Jahr			

(Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

1.4 Wo wird die Pflege durchgeführt?

im Haushalt der pflegebedürftigen Person

in meinem Haushalt

im gemeinsamen Haushalt

sonstiger Pflegeort: _____

1.5 Ich stehe in folgendem Verhältnis zur pflegebedürftigen Person:

Ehegatte/eingetragener Lebenspartner Elternteil Kind

1.6 Ich erhalte von der pflegebedürftigen Person eine Geldleistung, die das - je nach Pflegegrad - zu zahlende Pflegegeld übersteigt:

Nein

Ja

1.7 Die Pflegetätigkeit übe ich im Rahmen meiner Berufstätigkeit aus (selbständige Pflegefachkraft oder Anstellung bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung bzw. bin in meiner Eigenschaft als Pflegeperson bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung angestellt oder als Jugend- oder Bundesfreiwilligendienstleistender oder für ein Unternehmen der freien Wohlfahrtspflege tätig, „24 Stunden Kraft“):

Nein

Ja, Tätigkeit als _____



Berufsbezeichnung

(Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

1.8 Ich pflege noch weitere pflegebedürftige Personen:

Nein

Ja, an

insgesamt _____ Stunden **wöchentlich**, an _____ Tagen **wöchentlich** am:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Samstag Sonntag

Wenn ja:

Angaben zur weiteren pflegebedürftigen Person:

Name, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Pflegekasse/Versicherungsunternehmen/Versichertennummer

Versicherungspflicht kann auch bestehen, wenn die wöchentliche Mindestpflegestundenanzahl bzw. die Mindestanzahl an Pflegetagen erst durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird.

Weitere pflegebedürftige Personen, die von Ihnen gepflegt werden, können Sie uns ggfs. auf einem separaten Blatt mitteilen.

2. Angaben zur Rentenversicherung

2.1 Ich übe neben der Pflegetätigkeit eine oder mehrere Erwerbstätigkeiten aus:

Nein

Ja, an insgesamt **bis zu** 30 Stunden in der Woche

seit dem:

Tag	Monat	Jahr					

Handelt es sich hierbei um einen „Minijob“?

Nein Ja

Ja, an insgesamt **mehr als** 30 Stunden in der Woche

seit dem:

Tag	Monat	Jahr					

(Weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

2.2 Ich beziehe eine Vollrente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung nach Erreichen einer Altersgrenze:

Nein

Ja, seit dem:

Tag	Monat	Jahr					

aus dem Inland Ausland (Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

Wenn nein: Haben Sie eine solche Rente beantragt?

Nein Ja

z. B. Altersvollrente nach Vollendung des maßgeblichen Lebensjahres, Pensionen oder Auslandsrenten.

Hierbei handelt es sich nicht um eine Teilrente, die durch das Flexirentengesetz bezogen werden kann.



2.3 Ich habe die Regelaltersgrenze erreicht und bisher keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt:

- Mir wurden vom Rentenversicherungsträger Kindererziehungszeiten anerkannt.
- Für mich wurden pauschale Beiträge aufgrund einer geringfügigen Beschäftigung („Minijob“) gezahlt.
- Nein

Bitte fügen Sie uns den Bescheid der Rentenversicherung über die Anerkennung der Kindererziehungszeit in Kopie bei.

2.4 Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung wurden gezahlt:

- Nein
- Ja

2.5 Die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung habe ich mir in der Vergangenheit erstatten lassen:

- Nein
- Ja, am:

Tag	Monat	Jahr							

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.

Wenn ja: Wurden nach der Beitragserstattung erneut Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt? Nein Ja

2.6 Ich bin von der Rentenversicherungspflicht befreit und Pflichtmitglied in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung:

- Nein
- Ja, _____
Name des Versorgungswerks

Anschrift des Versorgungswerks

Mitgliedsnummer: _____

In diesem Fall werden die Beiträge für die Dauer der Pflege an das berufsständische Versorgungswerk gezahlt, wenn Sie nicht widersprechen.

3. Angaben zur Arbeitslosenversicherung

3.1 Direkt vor Beginn der Pfllegetätigkeit war ich/bestand:

- arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt
vom

Tag	Monat	Jahr							

 bis

Tag	Monat	Jahr							

oder lfd.

z. B. als Arbeitnehmer

Name des Arbeitgebers, Ort

- auf Antrag pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung
vom

Tag	Monat	Jahr							

 bis

Tag	Monat	Jahr							

oder lfd.

z. B. in einer selbständigen Tätigkeit

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.

Name der Agentur für Arbeit _____
Kundennummer

- anderweitig pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung

z. B. Versicherungs-



vom

Tag	Monat							Jahr	

 bis

Tag	Monat							Jahr	

oder lfd.

Art des Versicherungsverhältnisses _____

pfligt durch den Bezug von Kranken-, Verletzten-, Übergangs-, oder Mutterschaftsgeld

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.

ein Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III

vom

Tag	Monat							Jahr	

 bis

Tag	Monat							Jahr	

oder lfd.

z. B. Arbeitslosengeld oder Übergangsgeld

Hierzu zählen nicht Leistungen nach dem SGB II (Bürgergeld)

vorgenanntes trifft nicht zu: _____

3.2 Für die Zeit der Pflgetätigkeit besteht ein anderes Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung:

Nein Ja _____
Art des Versicherungsverhältnisses

z. B. Versicherungspflicht durch den Bezug von Kranken-, Verletzten-, Übergangs-, oder Mutterschaftsgeld

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.

(Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

3.3 Während der Zeit der Pflgetätigkeit beziehe ich eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III:

Nein
 Ja, vom

Tag	Monat							Jahr	

 bis

Tag	Monat							Jahr	

oder lfd.

z. B. Arbeitslosengeld oder Übergangsgeld

(Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

3.4 Für die Zeit der Pflgetätigkeit erziehe ich ein Kind (leibliches Kind, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind), das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat:

Nein Ja **(Wenn ja:** weiter bei Abschnitt C)

3.5 Für mich wurde vom Rentenversicherungsträger eine volle Erwerbsminderung festgestellt:

Nein Ja, seit dem:

Tag	Monat							Jahr	

Bitte fügen Sie uns den Bescheid der Rentenversicherung über die Anerkennung der vollen Erwerbsminderung in Kopie bei.

3.6 Mir wurde eine Leistung eines ausländischen Versicherungsträgers bewilligt, die dem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht:

Nein Ja, seit dem:

Tag	Monat							Jahr	

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.



Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses zu erheben.

D Erklärung

Ich bestätige, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich werde Ihnen unverzüglich Mitteilung geben, wenn ich die o. a. Pflege beende, unterbreche oder wenn sonstige Veränderungen in den Verhältnissen eintreten (z. B. zeitliche Dauer der Pflege, Zubilligung einer Vollrente wegen Alters, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze).

Unterschrift der Pflegeperson

Ort, Datum

