



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

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag
- Antrag auf Höherstufung
- Antrag auf Umstellung der Pflegeleistungen ab

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

Antragsdatum

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

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und korrekt aus. Wenn Sie das Formular auf Papier ausfüllen, schreiben Sie bitte leserlich mit Kugelschreiber in Blockschrift. Und vergessen Sie nicht, am Ende zu unterschreiben.

Angaben zur antragstellenden Person

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

Name

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

Vorname

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

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

Kranken-/Pflegeversichertennummer

Geburtsdatum

Um schnellstmöglich offene Fragen zu klären oder einen Begutachtungstermin zu vereinbaren und somit zeitnah über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir Ihre Telefonnummer sowie die Telefonnummer einer Kontaktperson.



 Telefonnummer der antragsstellenden Person

 Telefonnummer der Kontaktperson

 E-Mail der Kontaktperson

YRCMO38002 15711



Ich beantrage

Pflegesachleistung
(durch einen ambulanten
Pflegedienst)

Pflegegeld
(für eine private Pflege-
person (z.B. Angehörige))

Tages- oder Nachtpflege
(in einer teilstationären
Pflegeeinrichtung)

vollstationäre Pflege ab/seit

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

Die Pflege wird durch eine private Pflegeperson (Angehörige, Freunde, Bekannte) durchgeführt

nein ja, bitte angeben

Angaben zur Pflegeperson

Name

Geburtsdatum

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Die Pflege wird aktuell nicht in meinem, sondern in einem anderen Haushalt (z. B. Haushalt der Pflegeperson) durchgeführt

nein ja, bitte angeben

Name und Anschrift

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Sofern Sie im Besitz von ärztlichen Unterlagen sind (z. B. Befundberichte, Krankenhausentlassungsberichte) halten Sie diese bei einem Hausbesuch durch unseren Gutachter zur Einsichtnahme bereit.



Die Pflege wird von einem Pflegedienst, in einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen durchgeführt

nein ja, bitte angeben

Angaben zum Leistungserbringer

Name

Hausnummer

Straße

PLZ

Ort

Die Pflege wird in einer teilstationären Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung durchgeführt

nein ja, bitte angeben

Angaben zum Leistungserbringer

Name

Hausnummer

Straße

PLZ

Ort

Ich werde zurzeit stationär in einem Hospiz betreut

nein ja

Ich erhalte Leistungen der Palliativversorgung* bzw. habe diese beantragt

nein ja

*Pflege und Versorgung sterbenskranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase durch entsprechende Fachkräfte

Liegt ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit, ein Versorgungsleiden oder ein Drittverschulden vor?

nein ja*

*Bitte fügen Sie den Bescheid des Unfallversicherungsträgers bzw. der Versorgungsbehörde bei.

Ich erhalte bereits von anderer Stelle Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt

Sozialamt nein ja*

Ausländischer Leistungsträger nein ja*

Unfallversicherungsträger nein ja*

Versorgungsamt nein ja*

*Bitte fügen Sie eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides bei.

Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege

Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nein ja*

*Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis Ihrer Beihilfe- bzw. Heilfürsorgestelle bei.



Bitte überweisen Sie das Pflegegeld auf folgende Bankverbindung

[IBAN Grid]																															
IBAN																															
[IBAN Grid]																															
BIC																															
[BIC Grid]																															
Name des Geldinstitutes																															
[Name Grid]																															

Wenn das Pflegegeld nicht auf Ihr eigenes Konto überwiesen werden soll, geben Sie bitte den Namen und die Anschrift des abweichenden Kontoinhabers an.

Angaben zum Kontoinhaber

[Name Grid]																															
Name																															
[Vorname Grid]																															
Vorname																															
[Straße Grid]																								[Hausnummer Grid]							
Straße																								Hausnummer							
[PLZ Grid]					[Ort Grid]																										
PLZ					Ort																										

Angaben über eine amtlich bestellte Betreuung, eine gesetzliche Vertretung oder einen Bevollmächtigten

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer oder Vertreter nein ja

Ich habe einen Bevollmächtigten nein ja

*Bitte fügen Sie eine Kopie des Betreuungsausweises bzw. der Vollmacht bei.

Angaben zu Ihrem Betreuer, Vertreter oder Bevollmächtigten

Name																															
[Name Line]																															
Vorname																															
[Vorname Line]																															
Straße																								Hausnummer							
[Straße Line]																								[Hausnummer Line]							
PLZ					Ort																										
[PLZ Line]					[Ort Line]																										

Angaben zu Ihrem Hausarzt bzw. behandelnden Arzt

Name																															
[Name Line]																															
Vorname																															
[Vorname Line]																															
Straße																								Hausnummer							
[Straße Line]																								[Hausnummer Line]							
PLZ					Ort																										
[PLZ Line]					[Ort Line]																										
Telefonnummer																															
[Telefonnummer Line]																															



YRCMO38002 15711

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die vom Sozialmedizinischen Dienst zur Beurteilung meiner gesundheitlichen Verhältnisse für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z.B. Krankengeschichte, Untersuchungsergebnisse, Röntgenaufnahmen und Befundberichte) hinzugezogen werden. Deshalb entbinde ich die Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung oder zur Untersuchung war, von ihrer Schweigepflicht. Ich stimme zu, diese Unterlagen und Auskünfte, soweit sie für die Entscheidung über die Leistungsgewährung erforderlich sind, bei meinem Antrag auf Pflegeleistungen zu verwerten.

In diesem Zusammenhang bitten wir darum, eventuell vorhandene Berichte von betreuenden Diensten, Pfl egetagebücher, ärztliche Unterlagen, derzeitige Medikamente sowie Gutachten und Bescheide anderer Sozialleistungsträger für den Begutachtungstermin bereitzuhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialmedizinische Dienst zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit alle an meiner Versorgung Beteiligten befragen darf.

nein ja

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Daten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben (z.B. einem anderen Gutachter) oder an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X),
- ich dem jedoch widersprechen kann,
- bei einem Widerspruch aber die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden kann, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Meine Angaben zu diesem Leistungsantrag beruhen auf den Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 SGB I. Dies bedeutet, dass ich im Rahmen der Überprüfung der Voraussetzungen für einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen meiner Mitwirkungspflichten mitwirken muss.

Ich verpflichte mich daher,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind (z.B. Änderung der Pflegeperson, Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes, Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen), unverzüglich mitzuteilen,
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung notwendiger Maßnahmen persönlich zu erscheinen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Verstoß gegen die Mitwirkungspflichten der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ort und Datum

Unterschrift der/des Versicherten, Betreuers, gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten

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

Informationen zum Beratungsangebot der KNAPPSCHAFT

Pflegebedürftigkeit ist oft ein erheblicher Einschnitt im Leben der Betroffenen, der Familien, im sozialen Umfeld. In dieser Situation sind kompetente und schnelle Auskünfte zu Fragen über Leistungsansprüche, Hilfsangebote und Unterstützungsmaßnahmen sehr wichtig. Hier bietet die KNAPPSCHAFT gerne Hilfe an.

Die Soziale Pflegeversicherung sieht vor, dass Antragstellern unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Pflegeleistungen ein konkreter Beratungstermin unter Angabe einer Kontaktperson anzubieten und die Beratung spätestens innerhalb von zwei Wochen durchzuführen ist. Auf Wunsch wird diese Beratung in der häuslichen Umgebung und selbstverständlich gerne auch nach Ablauf der 2-Wochen-Frist durchgeführt.

Die Beratung kann unter Einbeziehung von Angehörigen und Lebenspartnern oder gegenüber ihnen erfolgen, sofern die anspruchsberechtigte Person dies wünscht. Sie umfasst sämtliche, mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen sowie die spezielle Pflegeberatung durch besonders qualifizierte Pflegeberater/innen auf der Grundlage des sozialmedizinischen Pflegegutachtens. Weitere Informationen zur Pflegeversicherung erhalten Sie unter www.knappschaft.de in der Rubrik Pflegeversicherung.

Wenn Sie dieses kostenlose Angebot nutzen möchten, senden Sie dieses Informationsschreiben sowie die beigefügte Datenschutz- und Einwilligungserklärung **unterscriben** an uns zurück.

- Nein, ich bin bereits umfassend informiert und beraten worden.**
- Ja, ich möchte eine Beratung nach § 7a SGB XI in Anspruch nehmen.**



Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten

Um Kontakt mit Ihnen aufnehmen zu können, teilen Sie uns bitte einen Namen und eine Telefonnummer *) mit unter der Sie oder eine andere Person erreichbar sind.

Name, Vorname _____

Telefonnummer _____

*) freiwillige Angabe

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

Datenschutzerklärung

Information für den Leistungsberechtigten i. S. d. Gesetze der Sozialversicherung

Als Leistungsberechtigter i. S. d. Gesetze der Sozialversicherung haben Sie nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (SGB XI) einen Anspruch auf eine Pflegeberatung.

Aufgabe der Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bzw. den Sozialmedizinischen Dienst sowie die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie
6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.

Damit wir unsere Aufgaben sachgemäß und rechtmäßig erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I) erforderlich. Insbesondere ist es wichtig, dass Sie uns alle für die Zwecke der Pflegeberatung relevanten Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren persönlichen und sächlichen Lebensverhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, mitteilen. Zu den zu verarbeitenden Daten gehören auch besondere Arten personenbezogener Daten, insbesondere Daten über Ihre Gesundheit. Wichtig ist auch, dass Sie darin einwilligen, dass zur Zweckerreichung notwendige Daten, über die Sie nicht selbst verfügen, ggf. bei an Ihrer Pflege, Versorgung und Betreuung beteiligten Dritten, wie z. B. den behandelnden Ärzten, sonstigen Leistungserbringern, Krankenhäusern, Pflegediensten, Pflegeheimen und auch anderen Sozialleistungsträgern, erhoben werden.

Ihr Pflegeberater bzw. Ihre Pflegeberaterin nimmt im Rahmen der Pflegeberatung eine aktive Rolle ein und unterstützt Sie, damit Ihre pflegerische Versorgung reibungslos funktioniert. Hierzu kann es im Einzelfall notwendig sein, die von uns erhobenen Daten Dritten mitzuteilen. Dies kann



YRMC046007 15202

beispielsweise im Rahmen der Unterstützung bei der Beantragung von weiteren Sozialleistungen, für deren Gewährung ein anderer Leistungsträger zuständig ist, oder bei Absprachen mit Leistungserbringern, z. B. behandelnden Ärzten, Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten oder stationären Pflegeeinrichtung, die Ihrer optimalen Versorgung dienen, der Fall sein. Bei der Übermittlung der Daten wird die Pflegeberaterin bzw. der Pflegeberater strikt darauf achten, nur die tatsächlich für den konkreten Zweck erforderlichen Daten zu übermitteln.

Erklärung des Leistungsberechtigten zum Antrag auf Pflegeberatung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich über Inhalte und Zielsetzungen der Pflegeberatung durch die Pflegeberaterin bzw. den Pflegeberater umfassend informiert und beraten worden bin.

Ich bin damit einverstanden, dass die für die Pflegeberatung erforderlichen Informationen zu meiner Person, zu meinen persönlichen Lebensverhältnissen und dem daraus folgenden Pflegebedarf von meinem Pflegeberater bzw. meiner Pflegeberaterin bei mir oder bei an meiner Pflege, Versorgung und Betreuung beteiligten Dritten oder anderen Sozialleistungsträgern erfasst werden und ggf. den für die Leistungsgewährung zuständigen Leistungsträgern oder den an meiner pflegerischen Betreuung beteiligten Leistungserbringern im erforderlichen Umfang und zweckgebunden zur Verfügung gestellt (übermittelt) werden. Die Datenverarbeitung dient ausschließlich dazu, die weitere Pflege zu organisieren und die notwendigen Leistungen zu koordinieren.

Mir ist bewusst, dass es sich bei den hier relevanten Daten auch um besondere Arten personenbezogener Daten, insbesondere Daten über meine Gesundheit, handelt. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten bin ich ausdrücklich einverstanden. Von den zu Beginn der Pflegeberatung erfassten Daten erhalte ich auf Wunsch eine Abschrift.

Zugleich entbinde ich die mich behandelnden bzw. betreuenden Ärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste, Pflegeheime, anderen Sozialleistungsträger sowie die Kranken- und Pflegekassen von ihrer ihnen obliegenden Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass sie die für die Pflegeberatung notwendigen Auskünfte erteilen.

Diese Einwilligung beruht auf meiner freien Willensentscheidung. Eine fehlende Einwilligung kann dazu führen, dass keine umfassende Beratung erfolgen kann.

Mir ist bekannt, dass ich – auch ohne Angabe von Gründen – diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und damit die Inanspruchnahme der Pflegeberatung beenden kann. Eine – telefonische oder schriftliche – Erklärung an die Pflegeberaterin bzw. den Pflegeberater oder die unten genannte Stelle ist dazu ausreichend.

Mit dem Widerruf und der Beendigung der Pflegeberatung endet auch die Befugnis, meine personenbezogenen Daten zu verarbeiten, es sei denn, die Datenverarbeitung ist noch für die Abrechnung bereits erbrachter Leistungen erforderlich oder aufgrund einer Rechtsvorschrift verpflichtend.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung meiner Daten nicht berührt.

_____,
Ort

Datum

Unterschrift des/der Anspruchsberechtigten

Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin



Sozialmedizinischer Dienst: Informationen zur Pflegebegutachtung

Der Sozialmedizinische Dienst (SMD) der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See unterstützt die KNAPPSCHAFT in allen medizinischen und pflegerischen Fragestellungen.

Um über Ihren Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung entscheiden zu können, muss Ihr persönlicher Hilfebedarf festgestellt werden. Daher wird die Pflegekasse den SMD beauftragen, ein Pflegegutachten zu erstellen.

Zu diesem Zweck wird sich der SMD **schriftlich oder telefonisch** mit Ihnen in Verbindung setzen, um möglichst kurzfristig einen Begutachtungstermin zu vereinbaren.

Die Pflegebegutachtungen erfolgen durch Pflegefachkräfte sowie durch Ärztinnen und Ärzte des SMD, die sich durch einen Dienstausweis ausweisen.

Die Begutachtung findet in der Regel in Ihrem Wohnumfeld statt, um einen Eindruck von Ihrer individuellen Lebens- und Pflegesituation zu bekommen.

Was ist bei der Begutachtung von Patienten mit Demenzerkrankung zu beachten?

Die Gutachterin oder der Gutachter spricht in der Regel zunächst die pflegebedürftige Person an. Auch wenn ihre Angaben auf Grund der dementiellen Erkrankung nicht zuverlässig sind, kann hierbei ein Rückschluss auf die kognitiven Fähigkeiten der Person gezogen werden. Diese Angaben werden allerdings nicht ungeprüft übernommen, sondern mit der pflegenden Person besprochen, bevor sie in das Gutachten einfließen.

Was geschieht nach der Begutachtung?

Ein Pflegegutachten wird erstellt. Auf dessen Grundlage entscheidet die Pflegekasse über Ihren Antrag. Hierüber erhalten Sie einen Bescheid. Grundsätzlich wird Ihnen das Pflegegutachten übersandt.

Tipps für den Hausbesuch:

- Schildern Sie der Gutachterin oder dem Gutachter möglichst genau Ihre gesundheitlichen Einschränkungen.
- **Halten Sie aktuelle Befund- und Entlassungsberichte bereit.**
- Für den Fall, dass bereits ein Pflegedienst zu Ihnen kommt, legen Sie der Gutachterin oder dem Gutachter die **Pflegedokumentation** vor. Wenn Sie häusliche Krankenpflege erhalten, sollten die entsprechenden Leistungsnachweise, insbesondere vorliegende Wunddokumentationen, zur Einsichtnahme ebenfalls bereit gehalten werden.
- Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, halten Sie auch diese bereit, möglichst als aktuellen Medikamentenplan.
- Bitten Sie die Person/en, die bei Ihnen Pflege durchführt/en, bei der Begutachtung dabei zu sein.

Kontakt:

Kundenzufriedenheit genießt in unserem Hause einen hohen Stellenwert. Sollte es dennoch im Rahmen der Pflegebegutachtung einmal Grund zur Beschwerde geben, wenden Sie sich bitte an den für Sie zuständigen SMD oder an die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Abteilung V - Personal - Sozialmedizin - Koordination und Beratung, Wasserstr. 215, 44799 Bochum, smd@kbs.de.

Der Sozialmedizinische Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See schützt personenbezogene Daten und hält sich an die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz. Weitere Informationen finden Sie unter: www.kbs.de/smd-datenschutz

Weitere Informationen zu unserem Haus erhalten Sie unter: www.knappschaft.de

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

 KVN¹NR

B Angaben zur pflegenden Person (Pflegeperson)

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

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

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

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.

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

