

Absender

Versicherungsnummer

 Postbeamtenkrankenkasse  
 70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

---

**Fragebogen zum Antrag auf Beitragszuschuss nach § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) für Pflegepersonen während einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG)**


---

**Angaben zur pflegebedürftigen Person**

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

**Zuständige Beihilfestelle**

(nur erforderlich, wenn die Beihilfe nicht über die PBeaKK ausgezahlt wird)

zuständige Beihilfestelle

Anschrift

**Angaben zur Pflegeperson**

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

Rentenversicherungsnummer

(steuerliche) Identifikationsnummer

Ich bin mit der pflegebedürftigen Person verwandt.  Ja

Unser Verwandtschaftsverhältnis ist

 Ich habe Kinder (entscheidend für die Zuschusshöhe zur Pflegeversicherung)  Ja  Nein

 Ich bin Beamtin / Beamter  Ja  Nein

 Ich befinde mich in Elternzeit  Ja, vom  bis   Nein

---

## Angaben zur Pflegezeit

---

Ich nehme Pflegezeit nach § 3 PflegeZG in Anspruch. Ja, vom bis Nein

Ich habe für dieselbe pflegebedürftige Person bereits Pflegezeit in Anspruch genommen. Ja Nein

Ich pflege noch weitere Pflegebedürftige. Ja Nein

Wenn ja:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name der Pflegekasse

Anschrift der Pflegekasse

Unmittelbar vor der Pflegezeit war ich

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

Der Name des Arbeitgebers lautet

Die Anschrift des Arbeitgebers lautet

Während der Pflegezeit bin ich von der Arbeitsleistung

- teilweise freigestellt, das erzielte Arbeitsentgelt liegt bei 400 Euro oder darüber.
- teilweise freigestellt, das erzielte Arbeitsentgelt liegt unter 400 Euro.
- ganz freigestellt.

### **Bitte fügen Sie die Vereinbarung über die Pflegezeit mit Ihrem Arbeitgeber bei!!**

Während der Pflegezeit habe ich Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (beispielsweise Arbeitslosengeld I).

---

## Antrag auf Beitragszuschuss

Während der Pflegezeit bin ich

- gesetzlich versichert.
- privat versichert.
- familienversichert.

Name der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens

Höhe der Beiträge

- zur Krankenversicherung (monatlich) Euro\*
- zur Pflegeversicherung (monatlich) Euro\*

**\* Bitte Nachweis über die Beitragshöhe beifügen!**

Kreditinstitut

Kontoinhaber

Kontonummer

IBAN

BIC

---

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Pflegeperson

Datum

Die Angaben erfolgen auf der Grundlage des § 44a SGB XI. Änderungen der Verhältnisse, die für die Versicherungs-/ Beitragspflicht oder die Beitragshöhe erheblich sind (z. B. Unterbrechung oder Aufgabe der Pfl egetätigkeit), sind der Pflegekasse sofort mitzuteilen. Die Pflegeperson ist zur Mitwirkung verpflichtet.