

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 PflegeZG

Hiermit beantrage ich Pflegeunterstützungsgeld, da ich für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen aufgrund einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren beziehungsweise die pflegerische Versorgung sicherstellen muss.

Angaben zur/zum Beschäftigten

Name

Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

(Steuerliche) Identifikationsnummer

IBAN

BIC

Anderweitige Ansprüche

Ich habe gegen meinen Arbeitgeber während der Freistellung von der Arbeit

- keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung.
- Anspruch auf Entgeltfortzahlung.

Anzahl der Tage

- keinen Anspruch auf Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall des Kindes.
- Anspruch auf Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall des Kindes.

Anzahl der Tage

Ich habe keine weiteren Ansprüche

- über die Krankenkasse (häusliche Krankenpflege)
- Familien und Haushaltshilfe

Zuständige Beihilfestelle, sofern die Beihilfe nicht über die PBeaKK ausgezahlt wird.

Zuständige Beihilfestelle

Anschrift der Beihilfestelle

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Die Angaben zur Beihilfefestsetzungsstelle werden gem. § 44a Abs. 7 SGB XI abgefragt, um diese Stelle über den beitragspflichtigen Bezug von Pflegeunterstützungsgeld zu informieren, falls der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld besteht. Diese Stelle erhält dabei als Information die abgefragten Angaben zur Person des Beschäftigten und zu dem pflegebedürftigen nahen Angehörigen, sowie Beginn und Höhe und eventuell Ende der Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes.

Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld setzt eine akut aufgetretene Pflegesituation voraus.

Schildern Sie bitte kurz die eingetretene Pflegesituation:

Ärztliche Bescheinigung für Pflegeunterstützungsgeld

Die ärztliche Bescheinigung ist beigelegt.

Ich bin damit einverstanden, dass die ärztliche Bescheinigung für Pflegeunterstützungsgeld zur Prüfung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld an die PBeaKK weitergegeben wird.

Ort, Datum

Unterschrift des pflegebedürftigen nahen Angehörigen bzw.
Bevollmächtigte/r

Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht:

Allgemeiner Teil

Ich bin Beamter/in.

Ich mache eine Berufsausbildung.

Ich bin im Rahmen eines Minijobs beschäftigt.

Ich bin selbstständig.

Zur Rentenversicherung

In den letzten 12 Monaten vor Beantragung des
Pflegeunterstützungsgeldes wurden für mich Pflichtbei-
träge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt.

letzter Pflichtbeitrag wurde gezahlt am (Tag/Monat/Jahr)

Rentenversicherungsnummer

Name des zuständigen Rentenversicherungsträgers

Ich bin von der Rentenversicherung befreit.

seit (Tag/Monat/Jahr)

Ich wünsche die Durchführung einer Antragspflichtversicherung
aufgrund des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld.

Zur Arbeitslosenversicherung

Unmittelbar vor der Freistellung war ich

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

Name des Arbeitgebers

Anschrift des Arbeitgebers

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Zur Krankenversicherung

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse.

Ich bin familienversichert.

Ich bin privat versichert / freiwillig gesetzlich versichert.

Bitte Nachweis über die Beitragshöhe beifügen.

Ich habe Anspruch auf Krankengeld.

Ich habe keinen Anspruch auf Krankengeld

Krankenversicherungsnummer

Name der Krankenkasse

Anschrift der Krankenkasse

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Datenverarbeitung durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer des pflegebedürftigen nahen Angehörigen die zur Durchführung des Versicherungsvertrags erforderlichen Daten des Beschäftigten und des Versicherten, insbesondere Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit der Beantragung von Pflegeunterstützungsgeld erhoben würde und werden, nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erhebt, verarbeitet und nutzt.

Ort, Datum

Unterschrift des Beschäftigten