

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

(Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die beiliegenden Erläuterungen)

A Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Name, Vorname

Krankenversicherternummer/Versicherungsnummer der Krankenversicherung

B Angaben zur pflegenden Person (Pflegeperson):

1. Angaben zur Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Rentenversicherungsnummer ¹⁾

Telefonnummer (Freiwillige Angabe)

Wenn keine deutsche Rentenversicherungsnummer bekannt ist:

Geburtsname, ggf. frühere Namen

Geburtsland und Geburtsort

männlich

weiblich

Staatsangehörigkeit

2. Angaben zur Pflege

2.1 Seit wann und in welchem Umfang führen Sie die Pflege durch?

seit dem _____
Tag/Monat/Jahr

in der Woche insgesamt _____ Stunden,
verteilt auf folgende Tage:

Montag, Dienstag, Mittwoch, Donnerstag, Freitag, Samstag, Sonntag

in folgendem Rhythmus:
jede Woche.

alle _____ Wochen / Monate.

2.2 Wird die Pflege nur vorübergehend (nicht mehr als zwei Monate bzw. 60 Tage im Jahr), als Aushilfe / Vertretung ausgeübt? ²⁾

Nein

Ja, vom _____ bis _____ (weiter bei Abschnitt C)

2.3 Sind außer Ihnen noch andere Pflegepersonen für die pflegebedürftige Person tätig? ³⁾

Nein

Ja, _____
Name, Vorname (Bitte geben Sie weitere Pflegepersonen mit ihrer Anschrift auf einem gesonderten Blatt an.)

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

2.4 Wo wird die Pflege durchgeführt?

im Haushalt der pflegebedürftigen Person / in meinem Haushalt / im gemeinsamen Haushalt

sonstiger Pflegeort: _____

2.5 In welcher Beziehung stehen Sie zur pflegebedürftigen Person?

Familienangehöriger/Verwandter

sonstige Person

2.6 Werden Sie von der pflegebedürftigen Person eine Geldleistung erhalten?

Nein

Ja, in Höhe von _____ Euro

2.7 Üben Sie diese Pflegetätigkeit im Rahmen Ihrer Berufstätigkeit aus (selbständige Pflegefachkraft oder Anstellung bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung) oder sind Sie in Ihrer Eigenschaft als Jugend- oder Bundesfreiwilligendienstleistender oder für ein Unternehmen der freien Wohlfahrtspflege tätig? ⁴⁾

Nein

Ja, Tätigkeit als _____
Berufsbezeichnung

2.8 Werden von Ihnen noch weitere Personen gepflegt? ⁵⁾

Nein

Ja, seit dem _____
Tag/Monat/Jahr

in der Woche insgesamt _____ Stunden,
verteilt auf folgende Tage:

Montag, Dienstag, Mittwoch, Donnerstag, Freitag, Samstag, Sonntag

in folgendem Rhythmus:
jede Woche.

alle _____ Wochen / Monate.

_____.

Angaben zur weiteren pflegebedürftigen Person

Name, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Pflegekasse/Versicherungsunternehmen/Versichertennummer/Anschrift

3. Angaben zur Rentenversicherung

3.1 Üben Sie neben der Pflegetätigkeit eine oder mehrere Erwerbstätigkeiten aus? ⁶⁾

Nein

Ja, seit _____ an insgesamt _____ Stunden wöchentlich

abhängig beschäftigt / selbständig tätig

Art der beruflichen Tätigkeit: _____

3.2 Sind Sie Pflichtmitglied in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung? ⁷⁾

Nein

Ja, _____

Name und Anschrift des Versorgungswerks, Mitgliedsnummer

3.3 Beziehen Sie eine Rente wegen Alters oder eine vergleichbare Versorgung (z. B. eine Pension) nach Erreichen einer Altersgrenze? ⁸⁾

Nein

Ja, seit _____ aus dem Inland / Ausland

eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung als Teilrente / Vollrente.

Bitte fügen Sie den Rentenbescheid bei.

eine vergleichbare Versorgung aus einem anderen Alterssicherungssystem (z. B. eine Pension oder berufsständische Versorgung). Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.

Wenn nein: Haben Sie eine solche Rente oder eine vergleichbare Versorgung beantragt?

Nein

Ja, zum _____;

Bitte senden Sie uns nach der Bewilligung einen entsprechenden Nachweis.

4. Angaben zur Arbeitslosenversicherung

4.1 Waren Sie unmittelbar vor Beginn der Pflgetätigkeit arbeitslosenversicherungspflichtig?

Nein

Ja, (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt.

_____ bis zum _____

Arbeitgeber

anderweitig pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung. ⁹⁾

_____ ab/seit _____

als

auf Antrag pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung.

_____ bis zum _____

Name der Agentur für Arbeit, Kundennummer

4.2 Hatten Sie unmittelbar vor Beginn der Pflgetätigkeit einen Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III? ¹⁰⁾

Nein

Ja, bis zum _____ (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

4.3 Besteht für Sie für die Zeit der Pflgetätigkeit ein anderes Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung? ⁹⁾

Nein

Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

Art des Versicherungsverhältnisses

4.4 Erziehen Sie für die Zeit der Pflgetätigkeit ein Kind (leibliches Kind, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind), welches das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat?

Nein

Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

4.5 Haben Sie während der Zeit der Pflgetätigkeit einen Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III? ¹⁰⁾

Nein

Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

4.6 Wurde für Sie vom Rentenversicherungsträger eine volle Erwerbsminderung auf Dauer festgestellt?

Nein

Ja, seit _____ (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

4.7 Wurde Ihnen eine dem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbare Leistung eines ausländischen Versicherungsträgers zuerkannt?

Nein

Ja, seit _____ (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

C Datenschutzhinweis

Ich willige ein, dass die PBeaKK im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus dem Fragebogen ergeben, für die Abrechnung mit dem jeweils zuständigen Rentenversicherer verarbeitet und nutzt.

Zusätzlich für Mitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung:

Ich willige ein, dass die zur Durchführung zur Beitragszahlung notwendigen Angaben an die Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen übermittelt werden. Diese übernimmt die Weiterleitung der Daten an das jeweils zuständige Versorgungswerk.

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, Bezug einer Rente wegen Alters, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze).

Unterschrift der Pflegeperson

Ort, Datum

Erläuterungen

Allgemeines

Die Pflegeversicherung zahlt für Personen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen, unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung. Dabei richtet sich die Höhe der Beiträge in der Rentenversicherung nach dem Pflegegrad der pflegebedürftigen Person, der von ihr bezogenen Leistung aus der Pflegeversicherung sowie bei der Pflege durch mehrere Pflegepersonen nach dem – vom Medizinischen Dienst (oder einem anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachter) ermittelten und von der Pflegekasse festgestellten – zeitlichen Umfang der Pflegetätigkeit. Diese Feststellungen sind der Pflegeperson auf Wunsch mitzuteilen. In der Arbeitslosenversicherung werden für jede Pflege einheitliche Beiträge gezahlt.

Die Versicherungspflicht als Pflegeperson beginnt grundsätzlich mit dem Tag, an dem der Pflegebedürftige Leistungen beantragt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, ab dem alle Voraussetzungen für die Versicherungspflicht vorliegen. In den Fällen, in denen der Pflegebedürftige nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat, dürfen die Pflegekassen die Beiträge zur gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung nur anteilig zahlen. Stellen Sie bitte deshalb einen weiteren Antrag bei der für den Pflegebedürftigen zuständigen Festsetzungsstelle für die Beihilfe bzw. dem zuständigen Dienstherrn.

Die nachstehenden Erläuterungen sollen Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens helfen.

Angaben zur Person

1) Rentenversicherungsnummer

Die Rentenversicherungsnummer finden Sie in Ihrem Sozialversicherungsausweis oder einer Mitteilung Ihres Rentenversicherungsträgers (z. B. einer Rentenauskunft oder einem Rentenbescheid). Wurde noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben, wird dies gegebenenfalls anhand Ihrer Angaben aus Ziffer 1 vom Rentenversicherungsträger veranlasst.

Angaben zur Pflege

2) Angaben zur Pflegetätigkeit

Wird die Pflegetätigkeit nur deshalb ausgeübt, weil die eigentliche Pflegeperson an der Pflege gehindert ist (z. B. wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder anderen Gründen) oder steht bereits fest, dass die Pflegetätigkeit nur von vorübergehender Dauer (nicht mehr als zwei Monate oder 60 Tage im Jahr – nicht Kalenderjahr) ist, tritt keine Versicherungspflicht in der Renten- und Arbeitslosenversicherung ein.

3) Mehrere Pflegepersonen

Teilen sich zwei oder mehrere Pflegepersonen dauerhaft die Pflege eines Pflegebedürftigen (so genannte Mehrfachpflege), kann jede Pflegeperson versichert sein, sofern sie – jeweils für sich gesehen – die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt.

Wechseln sich die Pflegepersonen dabei in wöchentlichen/mehrwöchentlichen Intervallen ab, erfolgt eine durchgehende Absicherung in der Renten- und Arbeitslosenversicherung nur dann, wenn der Pflegeaufwand pro Pflegeperson im Wochendurchschnitt mindestens zehn Stunden (verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche) erreicht.

Wird der Wochendurchschnitt von zehn Stunden (verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche) nicht erreicht, ist ggf. für die einzelnen Pflegezeiträume (taggenau) eine Versicherungspflicht möglich, sofern zumindest in diesen Zeiten jeweils zehn Stunden (verteilt auf mindestens zwei Tage) oder mehr in der Woche gepflegt wird.

Die Höhe der Rentenversicherungsbeiträge richtet sich nach dem Anteil der Pflege jeder Pflegeperson am Gesamtpflegeaufwand aller Pflegepersonen. Bei nicht übereinstimmenden oder fehlenden Angaben der Pflegepersonen erfolgt die Aufteilung des Pflegeaufwandes zu gleichen Teilen.

Wir bitten jede Pflegeperson einen Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen auszufüllen. Auf Wunsch senden wir gerne weitere Exemplare zu.

4) Berufspflegekräfte

Üben Sie die hier geltend gemachte Pflege neben einer Berufstätigkeit als Pflegefachkraft aus, so kann auch für die nicht erwerbsmäßig ausgeübte Pflege Rentenversicherungspflicht eintreten.

5) Pflege mehrerer Pflegebedürftiger

Versicherungspflicht kann auch bestehen, wenn die wöchentliche Mindestpflegestundenzahl bzw. die Mindestzahl an Pflgetagen erst durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird.

Angaben zur Rentenversicherung

6) Erwerbstätigkeit

Auch wenn Sie neben Ihrer Pflgetätigkeit noch andere Erwerbstätigkeiten (abhängige Beschäftigungen oder selbständige Tätigkeiten) ausüben, können Beiträge durch die Pflegekasse entrichtet werden. Dies gilt allerdings nur, wenn Sie neben der Pflgetätigkeit regelmäßig insgesamt nicht mehr als 30 Stunden in der Woche beschäftigt oder selbständig tätig sind.

Bei der Feststellung der wöchentlichen Stundenzahl ist auch die für die Ausübung der Erwerbstätigkeit notwendige Vor- und Nacharbeit zu berücksichtigen. Dies dürfte insbesondere bei Tätigkeiten künstlerischer oder geistiger Art sowie bei Lehrern vorkommen.

7) Berufsständische Versorgungseinrichtung

Falls Sie wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, können Sie beantragen, dass die Beiträge zur sozialen Sicherung für die Dauer der Pflgetätigkeit an das berufsständische Versorgungswerk gezahlt werden.

Dasselbe gilt für selbständig Tätige, die als Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen die Voraussetzungen für eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen würden, wenn sie versicherungspflichtig wären. Wenn Sie im Fragebogen die Frage mit „Ja“ beantwortet haben, gehen wir davon aus, dass Sie die Beitragszahlung zur berufsständischen Versorgungseinrichtung beantragen; ansonsten bitten wir, dieser Zahlung zu widersprechen.

8) Renten- oder Versorgungsbezug

Die Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung kann nicht durchgeführt werden, wenn Sie bereits

- eine Vollrente wegen Alters beziehen und die Regelaltersgrenze erreicht haben,
- nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen oder von einer berufsständischen Versorgungseinrichtung eine Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze in dem jeweiligen Alterssicherungssystem beziehen oder
- als Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, Diakonisse oder Angehöriger einer ähnlichen Gemeinschaft die in der Gemeinschaft übliche Versorgung im Alter erhalten.

Die Versicherung kann beim Bezug einer der deutschen Altersvollrente entsprechenden Leistung eines EU/EWR-Mitgliedstaates bzw. der Schweiz jedoch dann durchgeführt werden, wenn nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 die Rentenversicherungspflicht beantragt wird.

Das Altersgeld nach dem Altersgeldgesetz und vergleichbaren landesrechtlichen Regelungen sowie Renten aus der Alterssicherung der Landwirte gehören nicht zu den hier anzugebenden Renten und Versorgungsleistungen.

Angaben zur Arbeitslosenversicherung

9) Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung

Neben der Pflgetätigkeit kann bereits aus anderen Gründen Arbeitslosenversicherungspflicht bestehen, z. B. aufgrund einer Beschäftigung, des Bezugs von Kranken-, Verletzten-, Übergangs- oder Mutterschaftsgeld.

10) Entgeltersatzleistungen nach dem SGB III

Eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III ist das Arbeitslosen- und Übergangsgeld. Bei anderen Entgeltersatzleistungen (z. B. Kurzarbeitergeld oder Insolvenzgeld) besteht das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis fort. Nicht zu berücksichtigen sind Leistungen nach dem SGB II wie Arbeitslosengeld II.