

Beschäftigungsstelle

An die zuständige Bezügestelle⁹⁾

- ☐ Landesamt für Finanzen - München
- Bezügestelle Arbeitnehmer -
Arbeitsgruppe
(wiss. Mitarbeiter außerhalb des BAT, AiP, BAT-
Angestellte und Arbeiter **außerhalb** des Klinikums **sowie**
Drittmittel-Beschäftigte **des Klinikums**),⁹⁾
- ☐ Landesamt für Finanzen - Landshut
- Bezügestelle -
Arbeitsgruppe
(Klinikumspersonal⁹⁾, **ausgenommen Drittmittel-
Beschäftigte**)

Erklärung¹⁾**betr. Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGB V und zum Pflegeversicherungsbeitrag nach § 61 SGB XI**

1.	Name, Vorname d. Berechtigten		Geburtsdatum
	Beschäftigungsdienststelle in (Ort/Bundesland)	Beschäftigungsort in (Ort/Bundesland) ²⁾	Personal-Nr.

2. Angaben zu den Familienangehörigen

2.1	Ehegatte/Lebenspartner ³⁾ (Name, Vorname)		
2.2	Kinder ⁴⁾ (Name, Vorname)	Geburtsdatum	

2.3 Nur ausfüllen für Familienangehörige, die nicht im Haushalt d. Berechtigten leben:

Name, Vorname	Straße, Haus-Nr.	Ort

3. Einkommensverhältnisse der Familienangehörigen:

- 3.1** Mein Ehegatte/Lebenspartner, mein(e)/sein(e) Kind(er) hat/haben ein Gesamteinkommen⁵⁾, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV)⁶⁾ überschreitet

Ehegatte/Lebenspartner:

☐ nein ☐ ja

Kind(er):

☐ nein ☐ ja, für _____

☐ nein ☐ ja, für _____

☐ nein ☐ ja, für _____

- 3.2** Nur ausfüllen, wenn unter Nummer 3.1 mindestens ein mit dem Ehegatten oder Lebenspartner verwandtes Kind aufgeführt ist und der Ehegatte oder Lebenspartner nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist:

Das Gesamteinkommen⁵⁾ des Ehegatten/Lebenspartners übersteigt regelmäßig ☐ nein ☐ ja
im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze⁷⁾ und ist regelmäßig höher
als mein Gesamteinkommen⁵⁾.

Die Nummern 4 - 6 betreffen den Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag.

4. Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung

- 4.1** nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 257 SGB V versicherungsfrei ☐ nein ☐ ja, seit _____

- 4.2** von der Versicherungspflicht befreit worden ☐ nein ☐ ja, seit _____
und zwar nach

4.2.1 Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (BGBl I S. 912) ☐ nein ☐ ja

4.2.2 § 173 b, § 173 e - § 173 f RVO ☐ nein ☐ ja

Falls ja zu Nummer 4.2, 4.2.1 oder 4.2.2 bitte den Bescheid der zuständigen Krankenkasse beifügen.

- 4.3** Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen, bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe - Heilfürsorge -: ☐ nein ☐ ja

- 4.4** Mir sind Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge bewilligt und ich habe Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen: ☐ nein ☐ ja

- 4.5** Ich habe Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder ähnliche Bezüge und daneben habe ich Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt/bewilligt erhalten: ☐ nein ☐ ja

- 4.6** Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei, weil ein Befreiungstatbestand nach § 172 RVO oder ein anderer Befreiungstatbestand gegeben war:⁸⁾ ☐ nein ☐ ja, welcher _____

- 4.7** Ich bin in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherungsfrei, weil

4.7.1 ein Befreiungstatbestand des § 5 Abs. 1 KVLG 1989 oder vor dem 1. Januar 1989 § 4 a Abs. 1 KVLG 1972 gegeben war. ☐ nein ☐ ja, welcher _____

4.7.2 nach dem 31. Dezember 1994 Versicherungsfreiheit (§ 3 a Nr. 1 KVLG 1989) kraft Gesetzes eingetreten ist. ☐ nein ☐ ja

Bitte Bescheid der Krankenversicherung beifügen !

5. Angaben zum Versicherungsverhältnis:

- 5.1** Ich bin freiwillig versichert bei

(Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse, See-Krankenkasse, landwirtschaftliche Krankenkasse, Bundesknappschaft)

in

- 5.2** Ich bin - mit meinen unter Nummer 2 aufgeführten Angehörigen - privat krankenversichert bei folgendem Krankenversicherungsunternehmen:

Bezeichnung des Krankenversicherungsunternehmens

in

Zu Nummer 5.1 bis 5.2:

Bescheinigung(en) der Krankenkasse(n)/des Krankenversicherungsunternehmens über die versicherten Personen, die Höhe des von mir gezahlten Beitrages (aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten) und (nur zu Nummer 5.2) über die Art der mir und meinen Angehörigen zustehenden Versicherungsleistungen füge ich bei. Bei Nummer 5.2 füge ich die Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens gemäß § 257 Abs. 2 a Satz 3 SGB V bei.

6. Nur ausfüllen, wenn Angehörige nicht zusammen mit dem Berechtigten, sondern aufgrund eignen Rechts versichert sind:

Mein Ehegatte/ mein(e) Kind(er) ist/sind

6.1 In der gesetzlichen Krankenversicherung

- 6.1.1 aufgrund eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses pflichtversichert ☐ nein ☐ ja, bei _____
- 6.1.2 während eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses freiwillig versichert ☐ nein ☐ ja, bei _____
- 6.1.3 ohne eigenes Beschäftigungsverhältnis freiwillig versichert ☐ nein ☐ ja, bei _____
- 6.1.4 aufgrund sonstigen Rechts (z.B. als Student oder Praktikant) pflichtversichert oder freiwillig versichert ☐ nein ☐ ja, bei _____
- 6.1.5 als Empfänger einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung
pflichtversichert ☐ nein ☐ ja, bei _____
freiwillig versichert ☐ nein ☐ ja, bei _____

6.2 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

- 6.2.1. während eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses versichert ☐ nein ☐ ja, bei _____
- 6.2.2 ohne eigenes Beschäftigungsverhältnis versichert ☐ nein ☐ ja, bei _____
- 6.2.3 als Empfänger einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung versichert ☐ nein ☐ ja, bei _____

Nur ausfüllen, wenn Angaben unter Nummer 6.1.3 oder Nummer 6.2.2 gemacht worden sind:

Der monatliche Krankenversicherungsbeitrag für meinen Ehegatten / Lebenspartner, mein(e)/sein(e) Kind(er) beträgt

_____ Euro seit _____

Bescheinigungen der Krankenkasse(n) über die versicherten Personen, die Höhe des von mir gezahlten Beitrages (aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten) und (nur zu Nummer 6.2.2) über die Art der meinem Ehegatten/-meinem(en) Kind(ern) zustehenden Versicherungsleistungen füge ich bei. Soweit die Versicherung nach Nummer 6.2.2 bei einem anderen Krankenversicherungsunternehmen als die nach Nummer 5.2 besteht, füge ich die Bescheinigung dieses Krankenversicherungsunternehmens gemäß § 257 Abs. 2a Satz 3 SGB V bei.

Datum der letzten Vorlage der Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens:

Die Nummern 7 und 8 betreffen den Zuschuss zum Pflegeversicherungsbeitrag.

7. Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung

- 7.1 freiwilliges Mitglied und habe einen Antrag auf Befreiung von der sozialen Pflegeversicherung nicht gestellt ☐ nein ☐ ja
- 7.2 von der sozialen Pflegeversicherung befreit worden ☐ nein ☐ ja
- 7.3 Ich bin nach § 26 Abs. 2 SGB XI aus der Versicherungspflicht ausgeschieden und es besteht eine Weiterversicherung ☐ nein ☐ ja
- 7.4 Ich bin in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, weil
- 7.4.1 ein Befreiungstatbestand des § 5 Abs. 1 KVLG 1989 oder vor dem 1. Januar 1989 § 4 a Abs. 1 KVLG 1972 gegeben war. ☐ nein ☐ ja, welcher _____
- 7.4.2 nach dem 31. Dezember 1994 Versicherungsfreiheit (§ 3 a Nr. 1 KVLG 1989) kraft Gesetzes eingetreten ist. ☐ nein ☐ ja

8. Angaben zum Versicherungsverhältnis

8.1 Ich bin als freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung bei der Pflegekasse der

(Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse, See-Krankenkasse, landwirtschaftliche Krankenkasse, Bundesknappschaft)

in

8.2 Ich habe - mit meinen unter Nummer 2 aufgeführten Angehörigen - eine private Pflegeversicherung bei der Pflegekasse des nachstehenden Versicherungsunternehmens

Bezeichnung des Versicherungsunternehmens

in

Datum der letzten Vorlage der Bescheinigung des Versicherungsunternehmens:

Familienversicherung nach §§ 25, 110 SGB XI:

Ehegatte/Lebenspartner:

Kind(er):

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja, für _____

☐ nein ☐ ja, für _____

☐ nein ☐ ja, für _____

Ich zahle für mich/meine Angehörigen für diese Versicherung(en) einen monatlichen Pflegeversicherungsbeitrag in Höhe von _____ Euro

Bescheinigung(en) der Krankenkasse(n)/des Versicherungsunternehmens über die versicherten Personen, die Höhe des von mir gezahlten Beitrages (aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten) und über die Art der mir und meinen Angehörigen zustehenden Versicherungsleistungen füge ich bei. Desweiteren füge ich jeweils nach Ablauf von drei Jahren die Bescheinigung des Versicherungsunternehmens gemäß § 61 Abs. 7 SGB XI bei.

Mir ist bekannt, daß ich Änderungen in den von mir angegebenen Versicherungen, die bei der Bemessung des Zuschusses zum Kranken- bzw. Pflegeversicherungsbeitrag berücksichtigt worden sind (z.B. Ausscheiden aus der Kranken- oder Pflegeversicherung, Wechsel der Kranken- oder Pflegeversicherung u.ä.) **insbesondere auch hinsichtlich der Höhe der Kranken- bzw. Pflegeversicherungsbeiträge, unverzüglich anzuzeigen habe.**

Ort, Datum

Unterschrift

Anmerkungen:

- 1) Diese Erklärung ist abzugeben, soweit ein monatlicher Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag bzw. zum Pflegeversicherungsbeitrag gewährt werden soll.
- 2) Beschäftigungsort ist der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich ausgeübt wird. Als Beschäftigungsort gilt der Ort, an dem eine feste Arbeitsstätte errichtet ist, falls Personen von dieser Stätte aus mit einzelnen Arbeiten außerhalb der Stätte beschäftigt werden. Sind Personen bei einem Arbeitgeber in mehreren festen Arbeitsstätten beschäftigt, gilt als Beschäftigungsort die Arbeitsstätte, in der sie überwiegend beschäftigt sind (vgl. § 9 SGB IV).
- 3) Gilt nur für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften i.S. des § 1 Abs. 1 LpartG.
- 4) Zu den Kindern gehören (vgl. auch § 10 Abs. 4 SGB V): eheliche Kinder; für eheliche erklärte Kinder; angenommenen Kinder; nicht eheliche Kinder eines männlichen Beschäftigten, wenn seine Vaterschaft festgestellt ist; nicht ehelichen Kinder einer Beschäftigten; Kinder des Ehegatten und Enkel, wenn sie von dem Beschäftigten überwiegend unterhalten werden; Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kinder in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden.
- 5) Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (vgl. § 16 SGB IV).
- 6) Die für das jeweilige Kalenderjahr maßgebende monatliche Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) wird von der Bezugsstelle gesondert mitgeteilt.
- 7) Die für das jeweilige Kalenderjahr maßgebende Jahresarbeitsentgeltgrenze wird von der Bezugsstelle gesondert mitgeteilt.
- 8) Versicherungsfreiheit nach § 7 SGB V bleibt außer Betracht.
- 9) Beschäftigte des Klinikums legen das Formblatt über die Personalabteilung der Klinikumsverwaltung vor.