

Absender:

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
- AK-Leistung -
34105 Kassel

Aktenzeichen

Bitte bei Zuschriften angeben

Antrag Zuschuss zu Aufwendungen der Krankenversicherung	
Bitte alle Fragen vollständig in Druckschrift beantworten; Zutreffendes bitte ankreuzen.	
A. Angaben zur Person (Angaben bitte ggf. berichtigen und fehlende Angaben ergänzen.)	
Name	Geburtsname
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsdatum
B. Angaben zur Krankenversicherung	
1. Wie sind Sie krankenversichert?	
Als ☐ freiwilliges Mitglied ☐ Pflichtversicherter ☐ Privatversicherter	
Krankenkasse oder Krankenversicherungsunternehmen (Name)	Versicherungsnummer
Krankenkasse oder Krankenversicherungsunternehmen (Anschrift)	
seit _____ Tag, Monat, Jahr	
2. Erhalten Sie von einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger einen Zuschuss zu den Aufwendungen für Ihre Krankenversicherung oder haben Sie einen solchen beantragt?	
☐ nein ☐ ja, am _____ bewilligt ab _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr	
Krankenkasse oder Krankenversicherungsunternehmen (Name)	Versicherungsnummer
Krankenkasse oder Krankenversicherungsunternehmen (Anschrift)	
3. Erhalten Sie von einem anderen Sozialleistungsträger (z. B. einem gesetzlichen Rentenversicherungsträger) einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag oder haben Sie einen solchen beantragt?	
☐ nein ☐ ja, am _____ bewilligt ab _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr	
Versicherungsträger	Versicherungsnummer

4. Bitte nur beantworten, sofern bei einer privaten Krankenversicherung Beitragsaufwendungen für Familienangehörige berücksichtigt werden sollen. Die Berücksichtigung setzt voraus, dass von dem Familienangehörigen keine eigene Rente bezogen wird und sein Gesamteinkommen ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigt.

Familienangehöriger (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

monatliches Gesamteinkommen

€

Bei Kindern über 18 Jahren

☐ Schulausbildung voraussichtlich bis _____
Tag, Monat, Jahr

☐ Berufsausbildung voraussichtlich bis _____
Tag, Monat, Jahr

☐ erwerbslos

Ist der Familienangehörige Renter?

☐ nein ☐ ja, seit _____
Tag, Monat, Jahr

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer/Akten-/Rentenzeichen

C. Bescheinigung der Krankenkasse (nicht erforderlich bei LKK-Versicherten)

Bescheinigung über die ☐ freiwillige Krankenversicherung ☐ private Versicherung

bei der

Name der Krankenkasse

Anschrift der Krankenkasse

☐ liegt bei. ☐ wird nachgereicht.

D. Erklärung des Antragstellers

- Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können. Eintretende Änderungen gegenüber den im Antrag gemachten Angaben werde ich unverzüglich, gegebenenfalls auch vor Erteilung eines Bescheides, mitteilen.
 - Ich verpflichte mich folgende Tatbestände unverzüglich mitzuteilen:
 - Beendigung der freiwilligen oder privaten Krankenversicherung, ein Ruhen der Versicherung (z. B. bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz) sowie jede Minderung der Beitrags- oder Prämienhöhe für die Krankenversicherung,
 - Aufnahme einer Beschäftigung (z. B. als mitarbeitender Familienangehöriger, Beginn einer Ausbildung) oder selbstständigen Tätigkeit
 - Beginn einer Versicherungspflicht in der Krankenversicherung, z. B. durch Antrag auf eine weitere Rente, Bezug von Übergangsgeld wegen berufsfördernder Leistungen zur Rehabilitation oder von Arbeitslosengeld
 - Ferner nehme ich hiermit zur Kenntnis, dass
 - der Antrag nur bearbeitet werden kann, wenn die Fragen vollständig beantwortet sind,
 - sich die Pflicht, beim Ausfüllen des Antragsvordrucks mitzuwirken, Beweismittel anzugeben und vorzulegen sowie der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte zuzustimmen, aus § 60 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) ergibt,
 - Ich bin damit einverstanden, dass eine Nachzahlung des Zuschusses zum Beitrag zur Krankenversicherung
 - zur Tilgung von Forderungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (Alterskasse, Berufsgenossenschaft, Krankenkasse, Pflegekasse) einbehalten wird.
 - zur Tilgung einer eventuellen Überzahlung bei meinem Ehegatten verwendet wird.
- ☐ Die in Punkt 4 genannte Tilgung von Forderungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung soll nicht durch Einbehalt des Zuschusses zum Beitrag zur Krankenversicherung erfolgen. Die Forderungen sind direkt von mir bzw. meinem Ehegatten anzufordern.

E. Unterschrift

Für Rückfragen bin ich erreichbar unter der Telefonnummer: _____

Datum

Unterschrift

Die vorstehenden Angaben sind für eine Entscheidung über Ihren Antrag erforderlich. Ihre Mitwirkungspflicht und deren Umfang ergeben sich aus den §§ 60 ff. des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter [SVLFG.de/datenschutz](https://svlfg.de/datenschutz) bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.