



Aktenzeichen:

**ANTRAG**

**auf Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung**

**A. Angaben zur Person des Antragstellers**

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer

**B. Angaben zur Krankenversicherung**

1. Sind Sie krankenversichert?  
 nein  ja, und zwar als  freiwilliges Mitglied  Pflichtversicherter  Privatversicherter

Krankenkasse oder Krankenversicherungsunternehmen (Name, Anschrift) \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
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, Anschrift) \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

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 Rentner?  
 nein  ja, seit \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr

Rentenversicherungsträger \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer/Akten-/Rentenzeichen \_\_\_\_\_



Aktenzeichen:

<b>C. Bescheinigung der Krankenkasse</b> (nicht erforderlich bei LKK-Versicherten)
Bescheinigung über die <input type="checkbox"/> freiwillige Krankenversicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung bei der _____ <small>Name und Anschrift der Krankenkasse</small>
<input type="checkbox"/> liegt bei. <input type="checkbox"/> wird nachgereicht.
<b>D. Erklärung des Antragstellers</b>
<p>1. 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.</p> <p>2. Ich verpflichte mich folgende Tatbestände unverzüglich mitzuteilen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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,</li><li>• Aufnahme einer Beschäftigung (z. B. als mitarbeitender Familienangehöriger, Beginn einer Ausbildung) oder selbständigen Tätigkeit</li><li>• 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</li></ul> <p>3. Ferner nehme ich hiermit zur Kenntnis, dass</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• der Antrag nur bearbeitet werden kann, wenn die Fragen vollständig beantwortet sind,</li><li>• 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,</li></ul> <p>4. Ich bin damit einverstanden, dass eine Nachzahlung des Zuschusses zum Beitrag zur Krankenversicherung</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• zur Tilgung von Forderungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (Alterskasse, Berufsgenossenschaft, Krankenkasse, Pflegekasse) einbehalten wird.</li><li>• zur Tilgung einer eventuellen Überzahlung bei meinem Ehegatten verwendet wird.</li></ul> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p>_____ Datum <span style="float: right;">_____ Unterschrift</span></p>
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 <a href="http://www.svlfg.de">www.svlfg.de</a> unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.