

An (Dienststelle/Arbeitgeber)

Erklärung ¹⁾**betr. Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGB V**

1.	Name, Vorname des Berechtigten	Straße, Haus-Nr.	Ort
	Geburtsdatum	VergGr. / LohnGr.	Personal-Nr.:
	Beschäftigungsdienststelle mit Sitz		
	Anordnende Stelle ²⁾		

2. Angaben zu den Familienangehörigen

2.1	Ehegatte (Name, Vorname)	
2.2	Kinder ³⁾ (Name, Vorname)	Geburtsdatum

2.3 Nur auszufüllen für Familienangehörige, die nicht im Haushalt des Berechtigten leben:

Name, Vorname	Straße, Haus-Nr.	Ort

¹⁾ Diese Erklärung ist abzugeben, soweit ein monatlicher Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt werden soll.

²⁾ Nur bei zentralen Besoldungsstellen / Gehaltszahlungsstellen

³⁾ Zu den Kindern gehören (vgl. auch § 10 Abs. 4 SGB V): eheliche Kinder; für ehelich erklärte Kinder; angenommene Kinder; nicht eheliche Kinder eines männlichen Beschäftigten, wenn seine Vaterschaft festgestellt ist; nicht eheliche Kinder einer Beschäftigten; Stiefkinder 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 Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden.

3. Einkommensverhältnisse der Familienangehörigen

- 3.1** Mein Ehegatte, mein (meine) Kind(er) hat - haben - ein Gesamteinkommen⁴⁾, das regelmäßig im Monat die *Entgeltgrenze für geringfügig Beschäftigte* (§ 8 SGB IV)⁵⁾ überschreitet:

Ehegatte:	Kind(er):
☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja, für _____
	☐ nein ☐ ja, für _____
	☐ nein ☐ ja, für _____

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

Das Gesamteinkommen⁴⁾ des Ehegatten übersteigt regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze⁶⁾ und ist regelmäßig höher als mein Gesamteinkommen⁴⁾

☐ nein ☐ ja

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 4.2.1 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 des § 172 RVO oder ein anderer Befreiungstatbestand gegeben war: ⁷⁾ ☐ nein ☐ ja, welcher _____

⁴⁾ Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (vgl. § 16 SGB IV).

⁵⁾ Für 2000: 630,- DM monatlich (ab 1. April 1999 gilt ein unveränderter Festbetrag für die alten und neuen Bundesländer in gleicher Höhe)

⁶⁾ Für 2000: 6.450,- DM monatlich (alte Bundesländer)
5.325,- DM monatlich (neue Bundesländer)

⁷⁾ Versicherungsfreiheit nach § 7 SGB V bleibt außer Betracht.

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, welcher _____

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 _____

Datum der letzten Vorlage der Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens

Zu Nummern 5.1 und 5.2:

Bescheinigung(en) der Krankenkasse(n) / des Krankenversicherungsunternehmens über die versicherten Personen, die Höhe des von mir gezahlten Beitrages (aufgestellt 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 *jeweils nach Ablauf von drei Jahren* die Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens gemäß § 257 Abs. 2 a Satz 3 SGB V bei.

6. Nur auszufüllen, wenn Angehörige nicht zusammen mit dem Berechtigten, sondern auf Grund eigenen Rechts versichert sind.

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

6.1 in der gesetzlichen Krankenversicherung:

Bezeichnung der Krankenkasse und Sitz:

6.1.1 auf Grund eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses ☐ nein ☐ ja _____
pflichtversichert

6.1.2 während eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses ☐ nein ☐ ja _____
freiwillig versichert

6.1.3 ohne eigenes Beschäftigungsverhältnis freiwillig versichert ☐ nein ☐ ja _____

6.1.4 auf Grund sonstigen Rechts (z.B. als Student oder Praktikant) pflichtversichert oder freiwillig versichert ☐ nein ☐ ja _____

6.1.5 als Empfänger einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Pflichtversichert

☐ nein ☐ ja _____

Freiwillig versichert

☐ nein ☐ ja _____

6.2 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen:

Bezeichnung der Krankenkasse und Sitz:

6.2.1 während eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses ☐ nein ☐ ja _____
versichert

6.2.2 ohne eigenes Beschäftigungsverhältnis versichert ☐ nein ☐ ja _____

6.2.3 als Empfänger einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung versichert ☐ nein ☐ ja _____

Nur auszufüllen, wenn Angaben unter Nummer 6.1.3 oder Nummer 6.2.2 gemacht worden sind.

Der monatliche Krankenversicherungsbeitrag
für meinen Ehegatten, mein(e) Kind(er) beträgt _____ DM seit _____

Bescheinigungen 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 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 *jeweils nach Ablauf von drei Jahren* die Bescheinigung dieses Krankenversicherungsunternehmens gemäß § 257 Abs. 2 a Satz 3 SGB V bei.

Datum der letzten Vorlage der Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens:

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen in den von mir angegebenen Versicherungen, die bei der Bemessung des Zuschusses berücksichtigt worden sind (z.B. Ausscheiden aus der Krankenversicherung, Wechsel der Krankenversicherung u.ä.), insbesondere auch hinsichtlich der Höhe der Krankenversicherungsbeiträge, unverzüglich anzuzeigen habe.

Ort, Datum

Unterschrift