



Deutsche Post 
ANTWORT
 Techniker Krankenkasse
 20902 Hamburg

Soziale Sicherung

Angaben zur Person

Die Pflege erfolgt durch:

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

PLZ Ort

Staatsangehörigkeit Geburtsdatum

Geburtsdatum: TT MM JJJJ

Geburtsname

Geburtsort

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen.

Gut zu wissen: Erfüllen Sie die Voraussetzungen für eine Beitragszahlung in der Renten- bzw. Arbeitslosenversicherung, zahlen wir Beiträge ab dem Tag, an dem <die/der> Pflegebedürftige Leistungen beantragt hat. Werden die Voraussetzungen erst zu einem späteren Zeitpunkt erfüllt, beginnt die Beitragszahlung frühestens mit diesem Datum.

Angaben zur Rentenversicherung

Ich beziehe seit dem aus dem Inland Ausland
Tag Monat Jahr

eine Altersvollrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

eine vergleichbare Altersversorgung aus einem anderen Alterssicherungssystem. z. B. Pensionen oder Auslandsrenten

Auszahlende Stelle

Ich habe eine Vollrente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung beantragt.

Ich habe Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt, zuletzt an folgenden Träger:

Name des Rentenversicherungsträgers

Rentenversicherungsnummer

diese steht z. B. auf Ihrer Rentenauskunft oder Ihrem Sozialversicherungsausweis

KR101029

Weitere Angaben

- Ich bin von der Rentenversicherungspflicht befreit und zahle als Pflichtmitglied Beiträge an die folgende berufsständische Versorgungseinrichtung:

Name der Versorgungseinrichtung

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Mitgliedsnummer

Gut zu wissen: In diesem Fall können Sie beantragen, dass wir die Beiträge zur sozialen Sicherung an die berufsständische Versorgungseinrichtung zahlen.

Dasselbe gilt für Selbstständige, die Mitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung sind und die Voraussetzungen für eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen würden, wenn sie versicherungspflichtig wären. Ist dies bei Ihnen der Fall, gehen wir davon aus, dass wir die Beiträge an die berufsständische Versorgungseinrichtung zahlen sollen; ansonsten widersprechen Sie dem bitte.

- Ich habe die Regelaltersgrenze erreicht und bisher keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt.
- Der Rentenversicherungsträger hat bei mir Kindererziehungszeiten anerkannt.
- Ich war geringfügig beschäftigt und für mich wurden pauschale Beiträge gezahlt.
- Die Beiträge aus der gesetzlichen Rentenversicherung habe ich mir nach Erreichen der Regelaltersgrenze auszahlen lassen

Bitte fügen Sie eine Kopie des Bescheids bei. Gut zu wissen: Wenn Sie Kinder erzogen haben und der Bund deshalb Beiträge für Sie an den Rentenversicherungsträger zahlt, können Sie während Ihrer Pfl egetätigkeit rentenversicherungspflichtig werden.

am _____
Tag Monat Jahr

Angaben zur Arbeitslosenversicherung

- Ich bin/war arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt

vom _____ bis zum _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Name, Ort des Arbeitgebers

Gut zu wissen: Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gibt es für Pflegepersonen seit Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II. Bitte berücksichtigen Sie insbesondere Zeiten unmittelbar (einen Monat) vor dem 1. Januar 2017.

Bitte senden Sie uns einen Nachweis in Kopie.

- Ich bin/war auf Antrag pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung

vom _____ bis zum _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Name der Agentur für Arbeit

Kundennummer

Bitte senden Sie uns einen Nachweis in Kopie.

- Ich bin/war anderweitig pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung

vom _____ bis zum _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Art des Versicherungsverhältnisses

z. B. aufgrund des Bezugs von Kranken-, Verletzten-, Übergangs- oder Mutterschaftsgeld

Bitte senden Sie uns einen Nachweis in Kopie.

- Ich hatte/habe einen Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) – Arbeitsförderung

vom _____ bis zum _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

z. B. Arbeitslosengeld I oder Unterhaltsgeld

Bitte senden Sie uns einen Nachweis in Kopie. Gut zu wissen: Leistungen nach dem SGB II, wie z. B. Arbeitslosengeld II (Hartz IV), gehören nicht dazu.

Angaben zu Beamtenbezügen

- Die Pflegebedürftige bzw. der Pflegebedürftige hat nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge.

Gut zu wissen: Wenn <die/der> Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat, dürfen die Pflegekassen die Beiträge zur gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung nur anteilig zahlen.

Name der Beihilfestelle

Straße, Nr.

PLZ Ort

Angaben zum Verwandtschaftsverhältnis

Ich bin

- Ehefrau/Lebenspartnerin bzw. Ehemann/Lebenspartner
- Elternteil
- Kind
- sonstige Verwandte/sonstiger Verwandter von der Pflegebedürftigen bzw. dem Pflegebedürftigen.
- kein Verwandtschaftsverhältnis

Weitere Angaben

- Ich erhalte eine finanzielle Anerkennung für die Pflegetätigkeit von monatlich _____, _____ EUR
- Ich pflege die Pflegebedürftige bzw. den Pflegebedürftigen als Aushilfe oder Vertretung vorübergehend vom _____ bis zum _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
- Ich pflege die Pflegebedürftige bzw. den Pflegebedürftigen mit einer anderen Person im regelmäßigen Wechsel von _____ Wochen Monaten

Angaben zur weiteren Pflegeperson bzw. zu weiteren Pflegepersonen

Bitte geben Sie an, ob es noch weitere Pflegepersonen gibt. Sind es mehrere, machen Sie die Angaben bitte auf einem separaten Blatt.

- Die Pflege erfolgt auch durch:

Nachname

Vorname Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ Ort

Pflegeaufwand ab _____
Tag Monat Jahr

Umfang: _____, _____ Stunden pro Woche
 Tag/e pro Woche

Angaben zu einer weiteren Pfl ege t a t i g k e i t

Ich p f l e g e z u s a t z l i c h :

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsdatum: TT MM JJJJ

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Versichertennummer

Name der Pflegekasse

Pflegeaufwand ab

Tag Monat Jahr

Umfang: _____, _____ Stunden pro Woche

Tag/e pro Woche

montags dienstags mittwochs donnerstags

freitags samstags sonntags

Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

E-Mail

freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 94 SGB XI.