

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Nachname, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____



Techniker Krankenkasse
20902 Hamburg

Soziale Sicherung – Beiträge für die Pflegeperson

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Angaben der Pflegeperson

weiblich

männlich

divers

[A horizontal line consisting of 25 vertical tick marks for entering a name.]

Nachname, Vorname

[A horizontal line consisting of 10 vertical tick marks for entering a date.]

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

[A horizontal line consisting of 10 vertical tick marks for entering a social security number.]

Rentenversicherungs-Nummer

Diese Angaben brauchen wir nur, wenn Sie noch **keine** Rentenversicherungs-Nummer haben.

[A horizontal line consisting of 25 vertical tick marks for entering a birth name.]

Geburtsname

[A horizontal line consisting of 25 vertical tick marks for entering a birthplace.]

Geburtsort

[A horizontal line consisting of 25 vertical tick marks for entering a nationality.]

Staatsangehörigkeit

503433073204

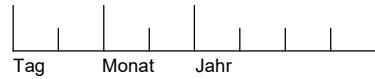


Angaben zur Pflege

Es hat sich **nichts** geändert.

Trifft dies zu? Dann brauchen Sie keine weiteren Angaben unter "Angaben zur Pflege" zu machen.

Ich pflege bzw. pflegte sie/ihn in häuslicher Umgebung seit dem



Sie/Er ist bzw. war

meine Ehepartnerin/
mein Ehepartner.

meine Mutter/
mein Vater

mein Kind.

eine andere Person.

Ich pflege bzw. pflegte sie/ihn an



Stunden insgesamt pro Woche

montags dienstags mittwochs donnerstags freitags

samstags sonntags

in folgendem Rhythmus:

jede Woche

alle



Wochen

anderer Zeitraum:

Angabe des anderen Zeitraums, z. B. monatlich

Ich habe die Pflege als Ersatz für eine andere Pflegeperson übernommen – nicht mehr als 2 Monate oder 60 Tage im Jahr.

Ich habe die Pflege beruflich oder für einen Bundes-/Jugendfreiwilligen-Dienst übernommen.

Ich bekomme bzw. bekam für die Pflege ein monatliches Entgelt von

Bitte rechnen Sie das Pflegegeld hier nicht mit ein.



, EUR

503433073204



Angaben zu weiteren Pflegepersonen

Diese Angaben brauchen wir nur, wenn sie bzw. er noch zusätzlich von weiteren Personen gepflegt wird.

Es hat sich **nichts** geändert.

Trifft dies zu? Dann brauchen Sie keine weiteren Angaben unter "Angaben zu weiteren Pflegepersonen" zu machen.

Nachname, Vorname der weiteren Pflegeperson

Straße, Nr.

PLZ Ort

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Diese Person pflege bzw. pflegte ich zusätzlich seit dem

Tag Monat Jahr

an Tagen Stunden insgesamt pro Woche

- montags dienstags mittwochs donnerstags freitags
 samstags sonntags

in folgendem Rhythmus:

jede Woche alle Wochen anderer Zeitraum:

Angabe des anderen Zeitraums, z. B. monatlich



Angaben zu weiteren pflegebedürftigen Personen

Diese Angaben brauchen wir nur, wenn Sie neben ihr bzw. ihm noch weitere Personen pflegen. Bitte geben Sie alle Personen an, die Sie **zusätzlich** pflegen.

Es hat sich **nichts** geändert.

Trifft dies zu? Dann brauchen Sie keine weiteren Angaben unter "Angaben zu weiteren pflegebedürftigen Personen" zu machen.

Nachname, Vorname der pflegebedürftigen Person

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Versichertennummer

Name der Krankenversicherung

Diese Person pflege bzw. pflegte ich zusätzlich seit dem

Tag Monat Jahr

an Tagen Stunden insgesamt pro Woche

- montags dienstags mittwochs donnerstags freitags
 samstags sonntags

in folgendem Rhythmus:

jede Woche alle Wochen anderer Zeitraum:

Angabe des anderen Zeitraums, z. B. monatlich



Angaben zur Berufstätigkeit

Es hat sich **nichts** geändert.

Trifft dies zu? Dann brauchen Sie keine weiteren Angaben unter "Angaben zur Berufstätigkeit" zu machen.

Ich arbeite bzw. arbeitete neben meiner Pflegetätigkeit **nicht**.

Ich bin bzw. war neben einer Pflegetätigkeit beschäftigt selbstständig verbeamtet

mit 30 Stunden oder weniger pro Woche.

mit mehr als 30 Stunden pro Woche

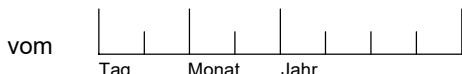


Ich bekomme bzw. bekam neben meiner Pflegetätigkeit Entgeltersatz-Leistungen aus einer Beschäftigung
z. B. Krankengeld, Übergangsgeld, Mutterschaftsgeld

mit 30 Stunden oder weniger pro Woche.

mit mehr als 30 Stunden pro Woche.

Ich bin bzw. war in Elternzeit



Ich mache bzw. machte einen staatlich anerkannten Freiwilligendienst.
z. B. ein Freiwilliges Soziales Jahr oder einen Bundes-/Jugendfreiwilligen-Dienst

Ich bin bzw. war von der Rentenversicherungs-Pflicht befreit und zahle als Pflichtmitglied Beiträge an eine berufsständische Versorgungs-Einrichtung.

Bitte schicken Sie uns einen Nachweis in Kopie.

Sonstiges:
z. B. in Altersteilzeit, berufstätig als Lehrerin oder Lehrer

Tag Monat Jahr



Angaben zur Arbeitslosen-Versicherung

Berücksichtigen Sie nur die Zeiten bis 1 Monat vor Beginn der Pflegetätigkeit. Bitte schicken Sie uns **Nachweise in Kopie**.

Es hat sich **nichts** geändert.

Trifft dies zu? Dann brauchen Sie keine weiteren Angaben unter "Angaben zur Arbeitslosen-Versicherung" zu machen.

Ich bin bzw. war **beschäftigt** und darüber arbeitslosenversichert.

vom 
Tag Monat Jahr

bis zum 
Tag Monat Jahr

Ich bin bzw. war **auf Antrag** pflichtversichert in der Arbeitslosen-Versicherung.

vom 
Tag Monat Jahr

bis zum 
Tag Monat Jahr

Ich bin bzw. war **anderweitig** pflichtversichert wegen:

Mutterschaftsgeld

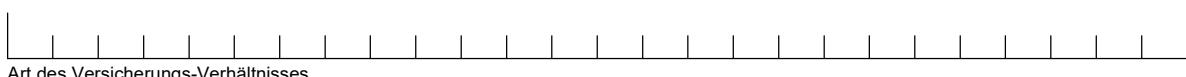
Übergangsgeld

Verletztengeld

Krankengeld

voller Erwerbsminderungs-Rente

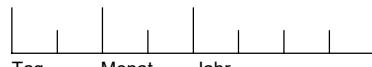
Anderem:


Art des Versicherungs-Verhältnisses

Ich habe bzw. hatte **einen Anspruch auf Entgelt-Ersatzleistungen von der Agentur für Arbeit**.

nach Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) – Arbeitsförderung, z. B. Arbeitslosengeld

Hinweis: Leistungen nach dem SGB II gehören nicht dazu, z. B. Bürgergeld.

vom 
Tag Monat Jahr

bis zum 
Tag Monat Jahr

Weitere Angaben

Während der Pflegetätigkeit erziehe bzw. erzog ich mindestens **1 Kind**, das noch **jünger als 3 Jahre** ist bzw. war.

Dazu zählen leibliche Kinder, Adoptiv-, Pflege- und Stiefkinder.


Geburtsdatum des Kindes (TT MM JJJJ)

Der Rentenversicherungs-Träger hat bei mir eine **volle Erwerbsminderung** dauerhaft festgestellt.

Mir wurde von einem **ausländischen Versicherungsträger** eine Leistung bewilligt. Diese entspricht einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Erwerbsminderung.



Angaben zur Rentenversicherung

- Es hat sich **nichts** geändert.

Trifft dies zu? Dann brauchen Sie keine weiteren Angaben unter "Angaben zur Rentenversicherung" zu machen.

Ich **bekomme** seit dem



- eine gesetzliche Altersvollrente.

- eine gesetzliche Altersteilrente (Flexirente).

Bitte schicken Sie uns einen Nachweis in Kopie.

- eine vergleichbare Altersversorgung aus einem anderen Alterssicherungs-System.
z. B. Pensionen oder Auslandsrenten

Bitte schicken Sie uns einen Nachweis in Kopie.

- Ich habe eine Rente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung **beantragt**.

Weitere Angaben

- Ich habe mir die Beiträge aus der gesetzlichen
Rentenversicherung auszahlen lassen am



- Bitte schicken Sie uns einen Nachweis in Kopie.
- Ich habe die Regelaltersgrenze erreicht und bisher **keine** Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung
gezahlt.

- Der Rentenversicherungs-Träger hat bei mir **Kindererziehungs-Zeiten** anerkannt oder hat für mich pauschale
Beiträge aus einer geringfügigen Beschäftigung (Minijob) gezahlt.

Bitte schicken Sie uns einen Nachweis in Kopie.

Gut zu wissen: Wegen dieser Beiträge können Sie während Ihrer Pflegetätigkeit rentenversicherungspflichtig werden.



Angaben für Rückfragen

Telefon, freiwillige Angabe

Telefon, freiwillige Angabe

A horizontal timeline with vertical tick marks. The first tick mark is labeled 'Tag' (Day), the second 'Monat' (Month), and the third 'Jahr' (Year). There are four more tick marks following the year, representing additional years.

Tag Monat Jahr

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.

503433073204

