



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden Sie zu der jeweiligen Nummer in den Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.lra-sm.de

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede

Vorname

Familienname

Geburtsdatum

Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden) / Aktenzeichen

2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf folgende Person in der Bedarfsgemeinschaft 4

Anrede

Vorname

Familiennamen

Geburtsdatum

Steuerliche Identifikationsnummer

[illegible]

► Die steuerliche Identifikationsnummer wird abgefragt, weil die vom Jobcenter gezahlten Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Finanzverwaltung zu melden sind (§ 10 Absatz 4b Satz 4 bis 6 Einkommensteuergesetz). Die Abfrage erfolgt ausschließlich zu diesem Zweck.

3. Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung 53

☐ Ich beantrage bzw. die weitere Person beantragt einen Zuschuss zu den Beiträgen zur Krankenversicherung.

Name der Krankenkasse

Krankenversichertennummer/
Versicherungsnummer

Name der versicherten Person

Geldinstitut der Krankenkasse

IBAN

[illegible]

Monatliche Höhe des
Krankenversicherungsbeitrags in Euro

Monatliche Höhe des
Pflegeversicherungsbeitrags in Euro

Monatliche Höhe des Beitrags im Basistarif in Euro
(nur bei privater Versicherung)

► Bitte legen Sie als Nachweis den aktuellen Bescheid über die Höhe des monatlichen Beitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung vor sowie bei privater Versicherung über den Beitrag, den Sie im Basistarif zahlen würden.

SV

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

☐ Beitragsbescheinigung
☐ Beitragsbescheinigung
Basistarif

4. Kranken- und Pflegeversicherung, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Arbeitslosengeld II keine Versicherung besteht. (27)

► Bitte füllen Sie den nachfolgenden Abschnitt nur aus, wenn für Sie oder die weitere Person **zurzeit weder eine gesetzliche Pflicht- oder Familienversicherung noch eine freiwillige oder private Kranken- und Pflegeversicherung besteht**.

☐ Ich bzw. die weitere Person war zuletzt privat krankenversichert.

☐ Ich bzw. die weitere Person bin oder war zuletzt

- hauptberuflich selbständig tätig **oder**
- nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen im Krankheitsfall abgesichert bzw. beihilferechtigt (z. B. Beamtinnen und Beamte, Soldatinnen und Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldatinnen und Berufssoldaten).

☐ Ich habe bzw. die weitere Person hat das 55. Lebensjahr vollendet **und** war in den letzten **fünf Jahren** vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II **nicht** gesetzlich versichert **und** war für **mindestens zweieinhalb Jahre**

- **versicherungsfrei** oder
- von der **Versicherungspflicht befreit** oder
- **nicht versicherungspflichtig** wegen der Ausübung einer hauptberuflichen selbständigen Tätigkeit.

► Wenn eine der vorgenannten Voraussetzungen auf Sie oder die weitere Person zutrifft, besteht keine Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung aufgrund des Arbeitslosengeld II-Bezugs. Sie können jedoch unter Abschnitt 2 einen Zuschuss beantragen, wenn Sie oder die weitere Person sich selbst privat oder freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern.

► Wenn die vorgenannten Voraussetzungen auf Sie oder die weitere Person nicht zutreffen, tritt grundsätzlich die Versicherungspflicht aufgrund des Arbeitslosengeld II-Bezugs ein. Wählen Sie bitte eine gesetzliche Krankenkasse und legen Sie innerhalb von zwei Wochen die Mitgliedsbescheinigung vor.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt"). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Ihre Informationsrechte nach Artikel 13 und 14 der Datenschutzgrundverordnung finden Sie unter www.lra-sm.de.

☐ Ich habe das Merkblatt „Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen der Kranken- und Pflegeversicherung (§ 26 SGB II)“ erhalten und kenne dessen Inhalt. Ich bin über mein Wechselrecht in den Basistarif informiert. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich, wenn ich in einem Kranken- und Pflegeversicherungstarif mit Selbstbehalt versichert bin und in diesem verbleibe, Selbstbehalte selbst tragen muss und mir hierdurch finanzielle Belastungen entstehen können. Ich bin darüber informiert, dass ich als privat kranken- und pflegeversicherte Person den Beitragsanteil, der über dem halbierten Beitrag im Basistarif liegt, selbst tragen muss, wenn ich von der Möglichkeit des Wechsels in den Basistarif keinen Gebrauch mache.

Ort/Datum Unterschrift der versicherten Person
(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

☐ Ich habe das "Merkblatt für Leistungsberechtigte ohne Kranken- und Pflegeversicherung" gelesen und bin über die gesetzliche Verpflichtung, mich gegen das Risiko der Krankheit und Pflege zu versichern, sowie über die Folgen einer Nichtversicherung informiert.

Ort/Datum Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

► Nur auszufüllen bei vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen:

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

☐ Mitgliedsbescheinigung

☐ Merkblatt ausgehändigt

☐ Merkblatt ausgehändigt