

Anspruchsprüfung für den Familienzuschlag zum Krankengeld

Zutreffendes bitte ankreuzen

Familienname		Vorname		Versicherungsnummer (VSNR)			
				Lfd. Nr.	Tag	Monat	Jahr
Anschrift							
Familienstand				Telefonnummer (für eventuelle Rückfragen)			
Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (z.B. Ehepartner, eingetragene Partnerschaft, Lebensgemeinschaft)							
Angaben zu den Angehörigen							
Vor- und Familienname (in Blockschrift)	Versicherungs- nummer	Verwandschafts- verhältnis bzw. Beziehung zur versicherten Person	Nettoeinkommen der angeführten Personen: Pension, Gehalt/Lohn, Rente, bewirtschafteter oder übergebener landw. Besitz, etc.				

* Als Einkommen zählen grundsätzlich alle steuerpflichtigen Einkünfte aus dem In- und Ausland (z.B. unselbständige und selbständige Einkünfte, aus Vermietung und Verpachtung) und Bezüge mit Einkommensersatzfunktion (z.B. Leistungen des Arbeitsmarktservice, einkommensabhängiges Kinderbetreuungsgeld), unabhängig von der Höhe.

Wichtig: Aktuelle Einkommensnachweise (Kopien) sind dem Antrag beizuschließen!

Erklärung

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich einen dem Krankenversicherungsträger entstandenen Schaden durch nicht der Wahrheit entsprechenden Angaben, zu ersetzen habe.

Darüber hinaus bin ich verpflichtet, alle Änderungen unverzüglich dem Krankenversicherungsträger bekannt zu geben.

 Datum und Unterschrift des Krankengeldbeziehers/der Krankengeldbezieherin