

Antrag auf Kinderkrankengeld bei pandemiebedingter Betreuung des Kindes nach § 45 Abs. 2a SGB V

1. Daten des betreuenden Elternteils

Name, Vorname:

Versichertennummer: Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

2. Daten des Kindes

Name, Vorname:

Versichertennummer: Geburtsdatum:

Krankenkasse:

3. Zeitraum der Betreuung

Vom: Bis einschließlich:

Für folgende Arbeitstage:

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber(in):

IBAN:

Geldinstitut (Name, Ort):

BIC:

4. Weitere Angaben des betreuenden Elternteils

Ich versichere mit nachfolgender Unterschrift, dass

- das Kind im o. g. Zeitraum pandemiebedingt beaufsichtigt oder betreut werden musste
(für Zeiten ab dem 22.02.2021 bitte Nachweis der Betreuungseinrichtung beifügen!)
- eine andere in meinem Haushalt lebende Person die Beaufsichtigung oder Betreuung des Kindes nicht übernehmen konnte und ich zur Beaufsichtigung oder Betreuung des Kindes meiner Arbeit ferngeblieben bin.
- ich keinen Anspruch auf Vergütung durch meinen Arbeitgeber habe.

Für das genannte Kind wurde in diesem Kalenderjahr von mir Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V bei einer anderen Krankenkasse wie folgt bezogen:

Name der Krankenkasse:

für Tage (von bis)

Ich bin Alleinerziehende(r) ja nein

Ich habe einen Antrag auf eine vergleichbare Leistung für den gleichen Zeitraum gestellt:

- nein ja, Entschädigungsleistung nach § 56 Abs. 1a IfSG
 ja, Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 Satz 1 SGB XI.

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Sofern sich die o.g. Verhältnisse ändern, werde ich meine Krankenkasse umgehend informieren.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Datenschutzhinweis:

Die vorgenannten personenbezogenen Daten sind für die Beurteilung des Leistungsanspruchs auf Kinderkrankengeld erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind die §§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 i.V.m. 45 SGB V. Die Daten werden ausschließlich für die Zwecke der Leistungsentscheidung gespeichert und verwendet. Ihr Mitwirken ist nach §§ 60 SGB I und 206 SGB V erforderlich. Ohne Ihre Mitwirkung kann über den Leistungsanspruch nicht entschieden werden. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bei eventuellen Rückfragen bitten wir Sie um freiwillige Angabe (*) Ihrer Telefonnummer/Mobilfunknummer.