

**Antrag für die Geltendmachung der Beitragszuschüsse zur Kranken- und  
Pflegeversicherung gemäß § 257 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)  
und § 61 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)**

für den Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGB V

für den Pflegeversicherungsbeitrag nach § 61 SGB XI

**1 Angaben zur Person**

Frau/Herr/keine Bezeichnung

Name, Vorname

Geburtsdatum

private Anschrift

Personalnummer

Beschäftigungsdienststelle

Neben der Beschäftigung beim Land Berlin besteht noch eine weitere

abhängige Beschäftigung:                    nein                    ja

selbständige Erwerbstätigkeit:            nein                    ja

**Wenn ja, dann bitte Unterlagen beifügen.**

## **2 Angaben zu den Familienangehörigen**

### **Ehepartner/in oder Lebenspartner/in (nach § 1 Absatz 1 Lebenspartnerschaftsgesetz)**

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

### **Erstes Kind**

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

### **Zweites Kind**

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

### **Drittes Kind**

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

**Bei weiteren Kindern, ergänzen Sie die Angaben bitte auf einem separaten Dokument.**

### 3 Einkommensverhältnisse der Familienangehörigen

- a) Mein/e Ehepartner/Ehepartnerin, mein/e Lebenspartner/Lebenspartnerin, mein(e)/sein(e) /ihr(e) Kind(er) hat/haben ein Gesamteinkommen, das regelmäßig im Monat den siebten Teil (1/7) der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) überschreitet, oder als geringfügig Beschäftigte/r nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (geringfügig entlohnte Beschäftigung) beziehungsweise § 8a SGB IV (geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten) ein Gesamteinkommen, das den Grenzbetrag von gemäß § 8 Absatz 1a SGB IV (Minijob) monatlich überschreitet:

#### **Ehepartner/Ehepartnerin oder Lebenspartner/Lebenspartnerin**

nein  ja

wenn ja: Zeitraum von - bis

#### **Erstes Kind**

nein  ja

wenn ja: Zeitraum von - bis

#### **Zweites Kind**

nein  ja

wenn ja: Zeitraum von - bis

#### **Drittes Kind**

nein  ja

wenn ja: Zeitraum von - bis

**Bei weiteren Kindern ergänzen Sie die Angaben bitte auf einem separaten Dokument.**

- b) **Nur ausfüllen, wenn** unter Nummer 3 a) mindestens ein mit dem/der Ehepartner/Ehepartnerin oder Lebenspartner/Lebenspartnerin verwandtes Kind aufgeführt ist **und** der/die Ehepartner/Ehepartnerin oder Lebenspartner/Lebenspartnerin nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung/Pflegeversicherung versichert ist.

Das Gesamteinkommen des/der Ehepartners/Ehepartnerin oder Lebenspartners/Lebenspartnerin übersteigt regelmäßig im Monat den zwölften Teil (1/12) der Jahresarbeitsentgeltgrenze und ist regelmäßig höher als **mein** Gesamteinkommen.

nein

ja

#### **4 Sie sind in der gesetzlichen Krankenversicherung/Pflegeversicherung**

- a) nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfrei.

nein ja

wenn ja, seit: Datum

- b) versicherungsfrei, weil ein Befreiungstatbestand des § 6 Absatz 1 Nummer 1a bis 8 SGB V bzw. entsprechende Vorgängerregelungen oder ein anderer Befreiungstatbestand gegeben war.

nein ja

wenn ja, seit: Datum

- c) von der Versicherungspflicht nach § 8 SGB V oder entsprechende Vorgängerregelungen befreit worden.

nein ja

wenn ja, seit: Datum

**Falls ja zu Nummer 4 a) bis 4 c):**

**Der Bescheid der zuständigen Krankenkasse ist beizufügen.**

d) Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe/Heilfürsorge.

nein

ja

e) Mir sind Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge bewilligt worden und ich habe Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen.

nein

ja

f) Ich habe Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen oder ähnliche Bezüge und habe darüber hinaus Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt/bewilligt erhalten.

nein

ja

**Falls ja zu Nummer 4 d) bis 4 f):**

**Der Nachweis der Versorgungs- und der Beihilfestelle ist beizufügen.**

Hinweis:

Der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung von beihilfeberechtigten Beschäftigten beträgt nur die Hälfte des regulären Beitragssatzes (§ 55 Absatz 1 Satz 2 SGB XI).

## 5 Angaben zum Versicherungsverhältnis

Ich bin freiwillig (gesetzlich) versichert bei:

Name der Krankenkasse

Anschrift der Krankenkasse

Ich bin - mit meinen unter Nummer 2 aufgeführten Angehörigen - privat kranken- und pflegeversichert bei folgender Kranken- und Pflegeversicherung:

Bezeichnung der Kranken- und Pflegeversicherung:

Anschrift Kranken- und Pflegeversicherung:

**Die Bescheinigung(en) der privaten Krankenversicherung(en) und Pflegeversicherung(en) über die versicherten Personen sowie über die Höhe des von Ihnen gezahlten Beitrages (ausgestellt auf die einzelnen Versicherten) und über die Art der Ihnen sowie Ihren Angehörigen zustehenden Versicherungsleistungen sind beizufügen. Jeweils nach Ablauf von drei Jahren sind die Bescheinigung der Krankenversicherung gemäß § 257 SGB V und der Pflegeversicherung gemäß § 61 SGB XI einzureichen.**

**6 Nur ausfüllen, wenn Angehörige nicht zusammen mit Ihnen, sondern aufgrund eigenen Rechts versichert sind**

Mein/e Ehepartner/Ehepartnerin, mein/e Lebenspartner/Lebenspartnerin,  
mein(e)/sein(e)/ihr(e) Kind(er) sind

**in der gesetzlichen Krankenversicherung/Pflegeversicherung**

Bezeichnung der Krankenkasse und Anschrift:

a) auf Grund eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses pflichtversichert

Ehepartner/Ehepartnerin oder Lebenspartner/Lebenspartnerin

nein ja

Kinder

nein ja

b) während eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses freiwillig versichert

Ehepartner/Ehepartnerin oder Lebenspartner/Lebenspartnerin

nein ja

Kinder

nein ja

c) ohne eigenes Beschäftigungsverhältnis freiwillig versichert

Ehepartner/Ehepartnerin oder Lebenspartner/Lebenspartnerin

nein ja

wenn ja:

Der monatliche Krankenversicherungsbetrag beträgt:

Der monatliche Pflegeversicherungsbeitrag beträgt:

Zeitraum:

Kinder

nein ja

wenn ja:

Der monatliche Krankenversicherungsbetrag beträgt:

Der monatliche Pflegeversicherungsbeitrag beträgt:

Zeitraum:

- d) auf Grund sonstigen Recht (z. B. im Studium oder Praktikum) pflichtversichert oder freiwillig versichert

Ehepartner/Ehepartnerin oder Lebenspartner/Lebenspartnerin

nein ja

Kinder

nein ja

- e) als Empfänger einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert

Ehepartner/Ehepartnerin oder Lebenspartner/Lebenspartnerin

nein ja

Kinder

nein ja

- f) als Empfänger einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung freiwillig versichert

Ehepartner/Ehepartnerin oder Lebenspartner/Lebenspartnerin

nein ja

Kinder

nein ja

**bei einem privaten Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsunternehmen**

- g) auf Grund eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses pflichtversichert.

Ehepartner/Ehepartnerin oder Lebenspartner/Lebenspartnerin

nein ja

Kinder

nein ja

- h) ohne eigenes Beschäftigungsverhältnis freiwillig versichert.

Ehepartner/Ehepartnerin oder Lebenspartner/Lebenspartnerin

nein ja

wenn ja:

Der monatliche Krankenversicherungsbetrag beträgt:

Der monatliche Pflegeversicherungsbeitrag beträgt:

Zeitraum:

Kinder

nein ja

wenn ja:

Der monatliche Krankenversicherungsbetrag beträgt:

Der monatliche Pflegeversicherungsbeitrag beträgt:

Zeitraum:

- i) als Empfänger einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung versichert

Ehepartner/Ehepartnerin oder Lebenspartner/Lebenspartnerin

nein ja

Kinder

nein ja

Bei Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsunternehmen legen Sie bitte folgende Bescheinigungen bei:

1. Bescheinigungen der Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen über die versicherten Personen sowie über die Höhe des von mir tatsächlich gezahlten Beitrages (aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten).
2. Bescheinigungen der Krankenkasse(n)/Krankenversicherung(en) über die Art der meinem/meiner Ehepartner/Ehepartnerin oder Lebenspartner/Lebenspartnerin, meinem(en), seinem(en)/ ihrem/en Kind(er/n) zustehenden Versicherungsleistungen. Soweit die Versicherung bei einem anderen Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen als die nach Nummer 5 besteht, füge ich die Bescheinigung dieses Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsunternehmens gemäß § 257 SGB V/§ 61 SGB XI bei.

**Mir ist bekannt, dass ich Änderungen in den von mir angegebenen Versicherungen, die bei der Bemessung des Zuschusses berücksichtigt worden sind, unverzüglich anzuzeigen habe. Zum Beispiel: Ausscheiden aus der Krankenversicherung, Wechsel der Krankenversicherung sowie Änderungen hinsichtlich der tatsächlichen Höhe der Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge - insbesondere Erhöhungen, Nachzahlungen, Erstattungen und gegebenenfalls Stundungen von Beiträgen.**

Datum

Unterschrift der/des Beschäftigten/beschäftigten Person