


Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld

 Ich beantrage hiermit für die Dauer einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung die Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld.

Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers (pflegende Person)

(ggf. Titel) Name, Vorname

Geschlecht

weiblich

männlich

Geburtsname, ggf. frühere Namen

RV-VSNR



Steuerliche Identifikationsnummer



Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit



Ich bin ein/e

Beamte/r

Angestellte/r



Ich beantrage einen Zuschuss zu meiner privaten Krankenvollversicherung.

Ich bin von der Rentenversicherung befreit und beantrage die Zahlung der Beiträge an die folgende berufsständische Versorgungseinrichtung:

Name und Anschrift

Angaben zum Freistellungszeitraum

Für welchen Zeitraum wurde eine Freistellung von der Arbeit mit Ihrem Arbeitgeber vereinbart?

Von:

Bis:



Leistet Ihr Arbeitgeber Entgeltfortzahlungen während Ihrer Freistellung?

Ja Nein

Vom:

Bis:



Haben Sie dem Antrag eine Entgeltbescheinigung Ihres Arbeitgebers beigefügt

Ja Nein, wird nachgereicht



Beziehen Sie während Ihrer Freistellung Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Verletzung eines Kindes?

Ja Nein



Angaben zum pflegebedürftigen Angehörigen:

(ggf. Titel) Name, Vorname

Geburtsdatum

Verwandschaftsgrad

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

KV-Nr



Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift

