


Anlage SV

Sozialversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II (zu Abschnitt 10 des Hauptantrages).

Füllen Sie diese Anlage bitte in Druckbuchstaben aus.

	Eingangsstempel
---	-----------------

Die Antragsformulare und Ausfüllhinweise finden Sie auch im Internet unter www.jobcenter-blk.de unter der Rubrik "Vordrucke / Formulare > Download > Leistungen".

Den Ausfüllhinweisen können Sie zur jeweiligen Nummer weitere Informationen entnehmen 5

1. Persönliche Daten

1.1 Meine persönlichen Daten

Nummer der Bedarfsgemeinschaft/Aktenzeichen

Anrede Vorname

Familienname Geburtsdatum

1.2. Daten der Person in meiner Bedarfsgemeinschaft, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen 10

Anrede Vorname

Familienname/ggf. Geburtsname Geburtsdatum

Steuerliche Identifikationsnummer

➤ 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 1 bis 6 Einkommenssteuergesetz). Die Abfrage erfolgt ausschließlich zu diesem Zweck.

2. Zuschusses zur Kranken- und Pflegeversicherung 51

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Abschnitt nur aus, wenn Sie bzw. die o.g. Person privat krankenversichert oder freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind/ist.

Ich beantrage einen Zuschuss zu den Beiträgen zur privaten oder freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung.

Name der Krankenkasse:

Krankenversichertennummer bzw. Versicherungsnummer des Vertrages:

Sitz der Krankenkasse:

Geldinstitut der Krankenkasse:

IBAN

BIC:

Monatliche Höhe des Krankenversicherungsbeitrages Euro

Monatliche Höhe des Pflegeversicherungsbeitrages Euro

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

➤ 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.

3. Kranken- und Pflegeversicherung 26

Wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Arbeitslosengeld II keine Versicherung besteht.

- Bitte füllen Sie den nachfolgenden Abschnitt nur aus, wenn für Sie bzw. die o.g. 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. beihilfeberechtigt (z.B. Beamte, Soldaten auf Zeit, Berufssoldaten).
- Ich 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 hauptberuflich selbständigen Tätigkeit.
- Wenn eine der vorgenannten Voraussetzungen auf Sie oder die weitere Person zutrifft, besteht keine Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung auf Grund des Arbeitslosengeld II-Bezuges. Sie können jedoch unter Abschnitt 1 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 auf Grund des Arbeitslosengeld II-Bezuges ein. Wählen Sie bitte eine gesetzliche Krankenkasse und legen Sie innerhalb von zwei Wochen die Mitgliedsbescheinigung vor.

- 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 Belastungen entstehen können.

Ich bin darüber informiert, dass ich als privat kranken- und pflegeversicherte Person den Beitragsanteil, der über den halben 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 des gesetzlichen Vertreters)

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden auf Grund 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.

Ort, Datum

Unterschrift
Antragstellerin/Antragsteller

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreters minderjähriger
Antragstellerinnen/Antragsteller

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Jobcenters vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten:

Ort, Datum

Unterschrift
Antragstellerin/Antragsteller

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreters minderjähriger
Antragstellerinnen/Antragsteller