

Antrag für den Bezug von Kinderkrankengeld bei pandemiebedingter Betreuung des nicht erkrankten Kindes (§ 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:

4. Grund der Betreuung/Nachweis (Zutreffendes bitte ankreuzen und – sofern vorhanden – Nachweis beifügen)

- Die Schule mit Behinderung Die Einrichtung von Menschen mit Behinderung
- Die Einrichtung zur Betreuung von Kindern (Kindertageseinrichtung, Hort, Kindertagespflegestellen) wurde von der zuständigen Behörde aufgrund des Infektionsschutzgesetzes
- vorübergehend geschlossen. Das Betreten der genannten Einrichtung wurde untersagt.
- Die Betriebs- oder Schulferien wurden angeordnet oder verlängert. Die Präsenzplicht in der Schule wurde aufgehoben oder der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot wurde eingeschränkt.
- Ich betreue mein Kind aufgrund einer behördlichen Empfehlung, die genannte Einrichtung nicht zu besuchen (z.B. Kontaktvermeidung).

5. Weitere Angaben des betreuenden Elternteils

Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes der Arbeit ferngeblieben bin und gegen meinen Arbeitgeber während der Freistellung von der Arbeit

- keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung habe. Anspruch auf Entgeltfortzahlung für ___ Tage habe.

Für das genannte Kind wurde in diesem Kalenderjahr aufgrund einer vorangegangenen Erkrankung/Betreuung des genannten Kindes eine bezahlte Freistellung durch meinen Arbeitgeber gewährt

- ja, von _____ bis _____. / nein.

Leistet Ihr Arbeitgeber im Falle einer Erkrankung oder Betreuung des Kindes eine bezahlte Freistellung?

- ja, für ___ Arbeitstage / nein.

Für das genannte Kind wurde in diesem Kalenderjahr von mir Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V

- nicht bezogen. / für ___ Tage (von _____ bis _____) bezogen.

Ich bin Alleinerziehende(r) ja / nein

Ich versichere, dass eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes nicht übernehmen kann.

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber(in):																
IBAN:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geldinstitut (Name, Ort):																
BIC:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Datum

Unterschrift der/des Versicherten