

**Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung
für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen**
(Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die beiliegenden Erläuterungen)

A Angaben zur pflegebedürftigen Person:																	
Name, Vorname Krankenversichertennummer																	
B Angaben zur pflegenden Person (Pflegeperson):																	
1. Angaben zur Person																	
Name, Vorname Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) Rentenversichertennummer ¹⁾ Geburtsland und Geburtsort Telefonnummer (freiwillige Angabe) Wenn keine deutsche Versicherungsnummer bekannt ist: Geburtsname, ggf. frühere Namen Geburtsdatum Staatsangehörigkeit männlich weiblich																	
2. Angaben zur Pflege																	
2.1 Seit wann und in welchem Umfang führen Sie die Pflege durch? *) seit dem _____ Tag/Monat/Jahr <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Montag</td> <td style="width: 33%;">_____ Stunden</td> <td style="width: 33%;">Freitag</td> <td style="width: 33%;">_____ Stunden</td> </tr> <tr> <td>Dienstag</td> <td>_____ Stunden</td> <td>Samstag</td> <td>_____ Stunden</td> </tr> <tr> <td>Mittwoch</td> <td>_____ Stunden</td> <td>Sonntag</td> <td>_____ Stunden</td> </tr> <tr> <td>Donnerstag</td> <td>_____ Stunden</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> im Rhythmus von _____ Wochen / _____ Monaten in folgendem Rhythmus: _____		Montag	_____ Stunden	Freitag	_____ Stunden	Dienstag	_____ Stunden	Samstag	_____ Stunden	Mittwoch	_____ Stunden	Sonntag	_____ Stunden	Donnerstag	_____ Stunden		
Montag	_____ Stunden	Freitag	_____ Stunden														
Dienstag	_____ Stunden	Samstag	_____ Stunden														
Mittwoch	_____ Stunden	Sonntag	_____ Stunden														
Donnerstag	_____ Stunden																
2.2 Wird die Pflege nur vorübergehend (nicht mehr als zwei Monate bzw. 60 Tage im Jahr), als Aushilfe / Vertretung ausgeübt? ²⁾ Nein Ja, vom _____ bis _____ (weiter bei Abschnitt D)																	

*) weitere Zeiträume mit Abweichungen/Änderungen, teilen Sie uns bitte gesondert mit

2.3 Sind außer Ihnen noch andere Pflegepersonen im Haushalt der pflegebedürftigen Person tätig?³⁾

Nein

Ja

Name, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

2.4 Wo wird die Pflege durchgeführt?

im Haushalt der pflegebedürftigen Person

in meinem Haushalt

sonstiger Pflegeort: _____

2.5 In welcher Beziehung stehen Sie zur pflegebedürftigen Person?

Familienangehöriger/Verwandter

sonstige Person

2.6 Werden Sie von der pflegebedürftigen Person eine Geldleistung erhalten, die das - je nach Pflegegrad - zu zahlende Pflegegeld übersteigt?

Nein

Ja

2.7 Üben Sie diese Pflegetätigkeit im Rahmen Ihrer Berufstätigkeit aus (selbständige Pflegefachkraft oder Anstellung bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung)? Oder sind Sie in Ihrer Eigenschaft als Pflegeperson bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung angestellt oder als Jugend- oder Bundesfreiwilligendienstleistender oder für ein Unternehmen der freien Wohlfahrtspflege tätig? ⁴⁾

Nein

Ja, Tätigkeit als _____

2.8 Werden von Ihnen noch weitere Personen gepflegt? ⁵⁾

Nein

Ja

Montag	_____	Stunden	Donnerstag	_____	Stunden	Sonntag	_____	Stunden
Dienstag	_____	Stunden	Freitag	_____	Stunden			
Mittwoch	_____	Stunden	Samstag	_____	Stunden			

Wenn ja:

Angaben zur weiteren pflegebedürftigen Person:

Beginn der Pflege

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Pflegekasse/Versicherungsunternehmen/Versichertennummer

3. Angaben zur Rentenversicherung

3.1 Üben Sie neben der Pfl ege t ä t i g k e i t eine oder mehrere Erwerbst ä t i g k e i t e n aus?⁶⁾ Nein

Ja, seit _____ an insgesamt _____ Stunden w ö c h e n t l i c h

(Bei bis zu incl. 30 Stunden w ö c h e n t l i c h reichen Sie bitte einen Nachweis über die Arbeitsstunden ein)

Als Lehrer (bitte geben Sie unter [Sonstiges] die Schulart und die Anzahl Ihrer Unterrichtsstunden an)

Als Hausfrau/-mann seit _____ familienversichert seit _____

Ich beziehe Leistungen vom Arbeitsamt (Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II)
seit _____

Ich bin arbeitslos ohne Bezüge seit _____

Sonstiges _____

3.2 Haben Sie in der Vergangenheit eine Beitragserstattung aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten?

Nein

Ja, am _____

3.3 Wurden für Sie, auch nach einer evtl. Beitragserstattung, Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?

Nein

Ja

3.4 Sofern Sie die Regelaltersgrenze erreicht haben und bisher Beiträge nicht gezahlt wurden: Haben Sie in der Vergangenheit Kinder erzogen oder eine geringfügige Beschäftigung ausgeübt, für die Pauschalbeiträge gezahlt worden sind?⁷⁾

Nein

Ja (Bitte fügen Sie den Bescheid des Rentenversicherungsträgers bei)

3.5 Sind Sie Pflichtmitglied in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung?⁸⁾

Nein

Ja, _____
Name des Versorgungswerks, Sitz des Versorgungswerkes (Bundesland), Mitgliedsnummer

3.6 Beziehen Sie eine Vollrente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung nach Erreichen einer Altersgrenze?⁹⁾

Nein

Ja, seit _____ aus dem Inland / Ausland

eine Altersvollrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung
(Bitte fügen Sie eine Kopie des Rentenbescheides bei)

eine vergleichbare Altersversorgung aus einem anderen Alterssicherungssystem
(Bitte fügen Sie eine Kopie des Versorgungsbescheides bei)

Wenn nein: Haben Sie eine solche Rente beantragt?

Nein

Ja (Bitte fügen Sie eine Kopie des Rentenbescheids bei)

3.7 Beziehen Sie eine Altersrente und haben auf einen Teil dieser Rente verzichtet?

Nein

Ja (Bitte fügen Sie den Bewilligungsbescheid des Rentenversicherungsträgers bei)

4. Angaben zur Arbeitslosenversicherung

4.1 Unmittelbar (= nicht mehr als einen Monat) vor Beginn der Pflgetätigkeit war ich arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt

 Arbeitgeber

auf Antrag pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung

 Name der Agentur für Arbeit

 Kundennummer

anderweitig pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung

 als (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

4.2 Unmittelbar (= nicht mehr als einen Monat) vor Beginn der Pflgetätigkeit hatte ich einen Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III¹⁰⁾

Nein

Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

4.3 Für die Zeit der Pflgetätigkeit besteht ein anderes Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung?¹⁾

Nein

Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

 Art des Versicherungsverhältnisses

4.4 Für die Zeit der Pflgetätigkeit erziehe ich ein Kind (leibliches Kind, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind), das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Nein

Ja

4.5 Während der Zeit der Pflgetätigkeit beziehe ich eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III¹⁰⁾

Nein

Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

4.6 Für mich wurde vom Rentenversicherungsträger eine volle Erwerbsminderung festgestellt.

Nein

Ja, seit _____ (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

4.7 Mir wurde eine dem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbare Leistung eines ausländischen Versicherungsträgers zuerkannt.

Nein

Ja, seit _____ (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

C Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs.1 SGB XI zum Zwecke der Gewährung von Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen, z.B. bei den Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 SGB XI führen. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der DAK-Gesundheit finden Sie unter: www.dak.de/dak/datenschutz.

D Erklärung

Ich bestätige, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich werde Ihnen unverzüglich Mitteilung geben, wenn ich die o. a. Pflege beende, unterbreche oder wenn sonstige Veränderungen in den Verhältnissen eintreten (z. B. zeitliche Dauer der Pflege, Zubilligung einer Vollrente wegen Alters, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze).

E Informationen

Ja, ich bin damit einverstanden, von der DAK-Gesundheit telefonisch oder per E-Mail über eine DAK-Gesundheit Mitgliedschaft oder aktuelle Angebote informiert zu werden. Der Speicherung und Verwendung meiner Daten zu diesem Zweck stimme ich zu. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der DAK-Gesundheit widerrufen.

Unterschrift der Pflegeperson

Ort, Datum