

Versicherungsnummer

Eingangsstempel
der Antrag aufnehmenden Stelle

Eingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

Anlage zum G0100 – Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation – WAG

- Angaben zum Krankenversicherungsschutz

Die nachfolgenden Felder sind von der gesetzlichen Krankenkasse auszufüllen – falls keine Krankenversicherung besteht, bitte Angaben zur Beitragsleistung in den letzten 2 Jahren von der zuständigen Ortsbehörde (zum Beispiel Versicherungsamt, Stadtverwaltung) vornehmen lassen.

1. Versicherungsverhältnis:

Antragstellerin / Antragsteller ist	
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	
<input type="checkbox"/> Leistungsempfängerin / Leistungsempfänger nach	<input type="checkbox"/> SGB II (bitte Punkt 6 beachten) <input type="checkbox"/> SGB III
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	
<input type="checkbox"/> anspruchsberechtigt nach § 264 Absatz 2 SGB V	
<input type="checkbox"/> familienversichert	
Name des Mitglieds	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Rentenempfängerin / Rentenempfänger	<input type="checkbox"/> Rentenantragstellerin / Rentenantragsteller
<input type="checkbox"/> eine Versicherung besteht	<input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> nicht mehr seit dem
	Datum
Der Anspruch auf medizinische Leistungen ruht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Besteht ein Anspruch auf Notversorgung durch die Krankenversicherung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

2. Anspruch auf Krankengeld

<input type="checkbox"/> Die Versicherung / Leistungsbegünstigung schließt einen Krankengeldanspruch nicht ein.	
<input type="checkbox"/> ein Krankengeldanspruch besteht für	Tage
bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit längstens jedoch bis zum	Datum
<input type="checkbox"/> Der Anspruch ruht zurzeit gemäß § 49 SGB V bis zum	Datum
<input type="checkbox"/> Krankengeld wird gezahlt seit dem	Datum

3. Nachgehender Anspruch auf Krankenhausbehandlung

– nur ausfüllen, wenn eine Versicherung nicht mehr besteht –	
<input type="checkbox"/> keine nachgehenden Ansprüche	<input type="checkbox"/> § 19 SGB V bis
	Datum

Versicherungsnummer

4. Zuzahlung

<input type="checkbox"/> Eine Zuzahlung (§ 39 Abs. 4 § 40 Abs. 5 SGB V) war im laufenden Kalenderjahr bisher noch nicht zu leisten.
<input type="checkbox"/> Eine Zuzahlung (§ 39 Abs. 4 § 40 Abs. 5 SGB V) war im laufenden Kalenderjahr zu leisten.
von – bis _____ für _____ Tage
<input type="checkbox"/> Eine Zuzahlung (§ 39 Abs. 4 SGB V) war im laufenden Kalenderjahr nicht zu leisten wegen Erreichens der Belastungsgrenze nach § 62 Abs. 1 SGB V oder wegen einer bereits geleisteten Zuzahlungsvorauszahlung. Anzahl der Krankenhaustage, für die eine Zuzahlung aufgrund der Befreiung nicht zu leisten war _____

5. Beitragsleistung in den letzten 2 Jahren vor der Antragstellung

Nach den vorliegenden Unterlagen wurden Pflichtbeiträge zur Deutschen Rentenversicherung entrichtet für die Zeit					
vom	bis	vom	bis	vom	bis
Die Angaben zu den aufgeführten Beitragsleistungen werden bestätigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

6. Anrechnungszeiten

Anrechnungszeiten wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II (frühestens ab 01.01.2011) * oder von Bürgergeld (Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II; frühestens ab 1.1.2023 – *ggf. ist von der WAG ein Kontoklärfahrverfahren einzuleiten)
Wird / Wurde Arbeitslosengeld II oder Bürgergeld im Sinne des § 19 Absatz 1 Satz 1 SGB II bezogen?
vom - bis _____
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____

7. Wir bitten noch um folgende Angaben:

Name der Krankenkasse	
Telefonnummer der Krankenkasse	Institutionskennzeichen

Hinweise:

Ort und Datum

Stempel der Krankenkasse

Unterschrift

Hinweise:

Ort und Datum

Stempel der zuständigen Ortsbehörde

Unterschrift