

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 2

<input type="checkbox"/> und erhalte Sachbezüge bis _____ in Höhe von	monatlicher Betrag brutto _____ monatlicher Betrag netto _____
Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung	
<input type="checkbox"/> arbeitslos / arbeitsuchend seit: _____	
<input type="checkbox"/> und erhalte Arbeitslosengeld . Den Beginn der Rehabilitationsleistung habe ich der Agentur für Arbeit mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid und Aufhebungsbescheid füge ich bei.	
<input type="checkbox"/> und erhalte kein Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit (zum Beispiel wegen Sperrzeit). Die Mitteilung über das Ruhen der Leistung füge ich bei.	
<input type="checkbox"/> und erhalte Arbeitslosengeld II . Den Beginn der Rehabilitationsleistung habe ich der auszahlenden Stelle mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid füge ich bei.	
<input type="checkbox"/> und erhalte wegen fehlender Bedürftigkeit kein Arbeitslosengeld II .	
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig krank seit _____ ausgesteuert seit _____ und beziehe Arbeitslosengeld. Formular G0518 ist der Krankenkasse vorzulegen.	
<input type="checkbox"/> selbständig erwerbstätig . Für das letzte Kalenderjahr wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt.	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Mein Betrieb / Gewerbe ist zu Beginn der Rehabilitationsleistung beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit angemeldet.	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ich bin freiberuflich tätig.	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
In meinem Betrieb / Gewerbe sind weitere Personen beschäftigt.	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

<input type="checkbox"/> Ich gehöre nicht zu den vorstehend genannten Personenkreisen.	Ich bin (zum Beispiel Hausfrau)
---	---------------------------------

3 Versicherungspflicht zur Rentenversicherung, Krankenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung während des Bezuges von Übergangsgeld

Ergibt die Prüfung, dass für die Dauer des Bezuges von Übergangsgeld keine Versicherungspflicht in der Rentenversicherung kraft Gesetzes besteht, beantrage ich hiermit die Versicherungspflicht. Falls nicht gewünscht, bitte vorstehenden Text streichen.



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 3

Ich bin Mitglied der

gesetzlichen Krankenkasse und bin

pflichtversichert.

freiwillig versichert mit Krankengeldanspruch.

freiwillig versichert ohne Krankengeldanspruch.

familienversichert.

Name der Krankenkasse

privaten Krankenversicherung.

Ich habe mich bei der Agentur für Arbeit in der Arbeitslosenversicherung auf Antrag selbst versichert
(Antragspflichtversicherung nach § 28a Drittes Buch Sozialgesetzbuch).

nein ja, als Pflegeperson Selbständiger beziehungsweise Auslandsbeschäftigter

Beginn der Versicherungspflicht: _____

Die Versicherungspflicht dauert bis zum Beginn der Rehabilitationsleistung an.

4 Angaben zu Kindern

4.1 Zur Feststellung der Höhe des Übergangsgeldes

Ich habe

kein Kind.

ein leibliches Kind / Adoptivkind. ein Pflegekind / Stiefkind und lebe mit ihm in häuslicher Gemeinschaft.

Name, Vorname des jüngsten Kindes

Geburtsdatum

Für mein Kind / eines meiner Kinder besteht ein Anspruch auf Kindergeld, unabhängig davon, wo das Kind lebt und wer das Kindergeld erhält.

nein ja

Falls ja,
Zahlstelle

Aktenzeichen

Voraussichtliches Ende des Kindergeldanspruches

Bei volljährigen Kindern bitte Nachweis über den Anspruch auf Kindergeld beifügen.

4.2 Zur Feststellung des Beitrags in der gesetzlichen Pflegeversicherung

Ich habe / hatte ein Kind (unabhängig vom Alter und Kindergeldanspruch). Bitte geeigneten **Nachweis** beifügen.



