

Versicherungsnummer:
Kennzeichen:
Maßnahmeart / Maßnahmenummer:



Deutsche
Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Angaben zur Person

Versicherter (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Ergänzende Angaben zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von inhaftierten Personen mit Abhängigkeitserkrankungen

1 Krankenversicherung

<p>1.1 Wie waren Sie vor Ihrer Inhaftierung krankenversichert?</p> <p><input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Krankenversicherung (weiter bei Ziffer 1.3)</p> <p>Name und Anschrift der Krankenkasse</p> <hr/> <hr/>
<p>1.2 Waren Sie bei der letzten Krankenkasse lediglich familienversichert?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls ja, Name des Mitglieds</p> <hr/> <hr/>
<p>1.3 Wenn Sie bei keiner Krankenkasse versichert waren, müssen Sie eine Krankenkasse wählen</p> <p>Gewünschte Krankenkasse (Name, Anschrift)</p> <hr/> <hr/>



Versicherungsnummer:
Kennzeichen:
Maßnahmeart / Maßnahmenummer:

2 Aufenthalt

2.1 Hatten Sie vor der Inhaftierung eine amtlich gemeldete Adresse?

nein, bitte weiter bei Ziffer 2.2 ja

Falls ja, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

2.2 Falls keine aktuelle amtliche Meldung vorliegt, geben Sie bitte an, wo Sie sich in den letzten 2 Monaten vor der Inhaftierung überwiegend aufgehalten haben:

Zeitraum von

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Zeitraum von

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Zeitraum von

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

