



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

1.3 ☐ **Erwerbsersatz Einkommen** in Höhe von netto _____ EUR
(bitte entsprechende Nachweise beifügen)

- ☐ Krankengeld
- ☐ Krankentagegeld einer privaten Versicherung
- ☐ Leistungen der Agentur für Arbeit (zum Beispiel Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld)
- ☐ Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (ohne Hinterbliebenenrente), Altersgeld, Pension
- ☐ Einkünfte aus betrieblicher oder privater Versicherung (zum Beispiel Betriebsrente, Rente aus privaten Lebensversicherungen oder Rentenversicherungen, Renten der privaten Unfallversicherung, öffentlich-rechtliche Zusatzversorgungen)
- ☐ Elterngeld
- ☐ Sonstiges (zum Beispiel Verletztenrente der gesetzlichen Unfallversicherung)

1.4 ☐ **Leistungen zur Grundsicherung** nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch - Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) - zum Beispiel **Grundsicherungsgeld** (Angaben zu Ziffern 2 bis 4 sind nicht erforderlich)

1.5 ☐ **Hilfe zum Lebensunterhalt** (Sozialhilfe) oder **Leistungen zur Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung** nach dem SGB XII / **Grundsicherungsgeld** (Angaben zu Ziffern 2 bis 4 sind nicht erforderlich)

1.6 ☐ **kein Erwerbseinkommen oder Erwerbsersatz Einkommen** (Angaben zu Ziffern 2 bis 4 sind nicht erforderlich)

2 Angaben zu Kindern

2.1 Ich habe

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

Name, Vorname des jüngsten Kindes

Geburtsdatum

2.2 Für mein Kind / eines meiner Kinder besteht ein Anspruch auf Kindergeld:

Zahlstelle

☐ nein ☐ ja

Aktenzeichen

Voraussichtliches Ende des Kindergeldanspruches

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



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

(Angaben sind nicht erforderlich, wenn Ziffer 2.2 mit "ja" beantwortet wurde)

3.1 Ich lebe mit meinem Ehegatten / Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes in häuslicher Gemeinschaft ☐ nein ☐ ja
3.2 Weil ich pflegebedürftig bin, kann mein Ehegatte / Lebenspartner eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben (bitte entsprechende Nachweise beifügen) ☐ nein ☐ ja
3.3 Mein Ehegatte / Lebenspartner bedarf selbst der Pflege (bitte entsprechende Nachweise beifügen) ☐ nein ☐ ja
3.4 Mein Ehegatte / Lebenspartner hat Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung ☐ nein ☐ ja

4 Angaben zu bereits geleisteten Zuzahlungen

4.1 Befanden Sie sich im Kalenderjahr des Rehabilitationsantrags beziehungsweise im Jahr der Rehabilitationsleistung in Krankenhausbehandlung und / oder nahmen Sie an einer stationären Rehabilitationsleistung teil? vom - bis ☐ nein ☐ ja _____
4.2 Ich habe für die zuvor genannten Aufenthalte eine Zuzahlung geleistet (bitte entsprechende Nachweise beifügen) vom - bis ☐ nein ☐ ja _____
4.3 Ich hatte für die zuvor genannten Aufenthalte keine Zuzahlung zu leisten, weil die Belastungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht wurde oder wegen einer bereits geleisteten Vorauszahlung (bitte entsprechende Nachweise beifügen) ☐ nein ☐ ja

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers _____

