



Antrag auf pandemiebedingtes Kinderkrankengeld pandemiebedingter Betreuung des nicht erkrankten Kindes

Persönliche Angaben des betreuenden Elternteils

Name des Antragsstellers:

Krankenversicherungsnummer:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Angaben zum Kind

Name des Kindes:

Krankenversicherungsnummer:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Zeitraum der Betreuung

vom:

bis einschließlich:

Grund der Betreuung (Zutreffendes bitte ankreuzen und falls vorhanden Nachweis beifügen)

 die Schule die Einrichtung von Behinderten Menschen die Einrichtung zur Betreuung von Kindern (Kindertageseinrichtung, Hort, Kindertagespflegestellen)

wurde von der zuständigen Behörde pandemiebedingt

 vorübergehend geschlossen. das Betreten der genannten Einrichtung wurde untersagt. die Betriebs- oder Schulferien wurden angeordnet oder verlängert. die Präsenzplicht in der Schule wurde aufgehoben oder der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot wurde eingeschränkt. Ich betreue mein Kind auf Grund einer behördlichen Empfehlung, die genannte Einrichtung nicht zu besuchen.

Weitere Angaben des betreuenden Elternteils

Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes der Arbeit ferngeblieben bin und gegen meinen Arbeitgeber während der Freistellung von der Arbeit

 keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung habe. Anspruch auf Entgeltfortzahlung für Tage habe.

Für das genannte Kind wurde in diesem Kalenderjahr aufgrund einer vorangegangenen Erkrankung/Betreuung des genannten Kindes eine bezahlte Freistellung durch meinen Arbeitgeber gewährt

 ja, von

bis

.

 nein.

Leistet Ihr Arbeitgeber im Falle einer Erkrankung oder Betreuung des Kindes eine bezahlte Freistellung?

 ja, für Arbeitstage. nein.

Für das genannte Kind wurde in diesem Kalenderjahr von mir Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V

 nicht bezogen. für Tage (von bis bezogen).

Ich bin Alleinerziehende(r)

 Ja Nein

Ich versichere, dass eine andere in meinem Haushalt lebende Person die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes nicht übernehmen kann.

Bankverbindung für die Zahlung

Kontoinhaber/in	Geldinstitut
IBAN	BIC

Willenserklärung

Ich erkläre, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Änderungen in meinen Verhältnissen werde ich der Salus BKK umgehend mitteilen, insbesondere sollte ich während der Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt beziehen oder eine Rente beantragen. Ich nehme zur Kenntnis, dass bei fehlender Mitwirkung (§§ 60-64 Sozialgesetzbuch I) das Verletztengeld ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden kann (§ 66 Sozialgesetzbuch I). Mir ist bekannt, dass ich mich durch falsche oder widersprüchliche Angaben erstattungspflichtig mache.

Datum	Unterschrift des Versicherten	Telefonnummer für Rückfragen (freiwillige Angabe)

Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V, § 94 SGB XI). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter www.salus-bkk.de/datenschutz.