

Anlage SV

Sozialversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II (zu Abschnitt 7 des Hauptantrages)

Diese Anlage ist Bestandteil des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II. Füllen Sie diese Anlage bitte (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben für jede Person der Bedarfsgemeinschaft aus, die privat oder nicht kranken- und pflegeversichert ist. Beachten Sie bitte die Hinweise im Merkblatt.

| | |
|--------------|-----------------|
| Dienststelle | Eingangsstempel |
| Team | |

Nummer der Bedarfsgemeinschaft _____
Familiename, Vorname
der Antragstellerin/des Antragstellers _____

Angaben zu der weiteren Person der Bedarfsgemeinschaft, auf die sich die Angaben zur Sozialversicherung beziehen:
Familiename/ggf. Geburtsname, Vorname _____
Geburtsdatum _____

Angaben zur Krankenkasse
Name und Sitz der Krankenkasse _____
Krankenversicherternummer _____
Kreditinstitut der Krankenkasse _____ BIC _____ IBAN _____

1. Antrag auf Gewährung eines Zuschusses bei privater oder freiwilliger Kranken- und Pflegeversicherung
Bitte nur ausfüllen, wenn Sie bzw. o. g. Person privat krankenversichert oder freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind/ist.
 Ich beantrage einen Zuschuss zu den Beiträgen zur privaten oder freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung.
Höhe des Versicherungsbeitrages Krankenversicherung _____ Euro/Monat
Höhe des Versicherungsbeitrages Pflegeversicherung _____ Euro/Monat
Höhe des Beitrags im Basistarif _____ Euro/Monat
Legen Sie als Nachweis bitte den aktuellen Bescheid über die Höhe des monatlichen Beitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung vor sowie den Beitrag, den Sie im sog. Basistarif zahlen würden, wenn Sie privat krankenversichert sind.

2. Kranken- und Pflegeversicherung, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Arbeitslosengeld II keine Versicherung besteht
Bitte nur ausfüllen, wenn zurzeit weder eine gesetzliche Pflicht- oder Familienversicherung noch eine freiwillige oder private Kranken- und Pflegeversicherung besteht.
2a Ich bin bzw. o. g. Person war zuletzt privat krankenversichert Ja Nein
2b Ich bin bzw. o. g. Person ist
- hauptberuflich selbständig tätig oder Ja Nein
- habe/hat nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bzw. Beihilfe (dies gilt nach § 6 Abs. 1 u. 2 SGB V z. B. für Beamte, Soldaten auf Zeit, Lehrer an privaten genehmigten Ersatzschulen oder deren Hinterbliebene).
Wenn ja,
Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung tritt aufgrund des Arbeitslosengeld II-Bezuges nicht ein. Sie können jedoch unter **Abschnitt 1** einen **Zuschuss** beantragen, wenn Sie sich selbst privat oder freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern.
Wenn nein,
tritt grundsätzlich Versicherungspflicht aufgrund des Arbeitslosengeld II-Bezuges ein. Wählen Sie bitte eine gesetzliche Krankenkasse und legen Sie innerhalb von zwei Wochen die Mitgliedsbescheinigung vor.
Sofern Sie 55 Jahre oder älter sind, gelten weitere Voraussetzungen für den Eintritt der Versicherungspflicht. Füllen Sie daher bitte auch den folgenden **Abschnitt 2b** aus.

2c Personen der Bedarfsgemeinschaft, die das 55. Lebensjahr vollendet haben

Ich bzw. o.g. Person war in den letzten fünf Jahren vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II ggf. auch nur zeitweise gesetzlich versichert. Ja Nein

Wenn ja:

Es tritt Versicherungspflicht aufgrund des Arbeitslosengeld II-Bezuges ein. Wählen Sie bitte eine gesetzliche Krankenkasse und legen Sie innerhalb von zwei Wochen die Mitgliedsbescheinigung vor.

Wenn nein:

Ich bzw. o.g. Person war für mindestens zweieinhalb Jahre innerhalb der letzten fünf Jahre versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig wegen der Ausübung einer hauptberuflichen selbständigen Tätigkeit. Ja Nein

Wenn ja, tritt Versicherungspflicht nicht ein. Sie können jedoch unter **Abschnitt 1** einen **Zuschuss** beantragen, wenn Sie sich selbst privat oder freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern.

Wenn nein, tritt Versicherungspflicht ein. Wählen Sie bitte eine gesetzliche Krankenkasse und legen Sie innerhalb von zwei Wochen die Mitgliedsbescheinigung vor.

Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft nicht nur mit der Erstattung der zu Unrecht erhaltenen Leistungen rechnen, sondern Sie setzen sich auch der Gefahr einer Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus. Bitte stellen Sie daher sicher, dass die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen erhalten.

Ich versicherte, dass die Angaben zutreffend sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten, die von der Bundesagentur für Arbeit zur Gewährung des Arbeitslosengeldes erhoben und verarbeitet wurden, im Rahmen dieser Antragstellung durch das Jobcenter verwendet werden dürfen. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Künftige Änderungen (insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie der Umfang der Erwerbsfähigkeit) werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

| | | | |
|-----------|-----------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Ort/Datum | Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller | Ort/Datum | Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller |

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Jobcenters vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten: _____

| | | | |
|-----------|-----------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Ort/Datum | Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller | Ort/Datum | Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller |

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (vgl. auch Kapitel 14 des Merkblattes). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 - 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67 a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben.