|  |  |
| --- | --- |
| Förderungsnummer | 440-      |
| Name, Vorname |       |
| Geburtsdatum |       |
| Steueridentifikationsnr. |       |

**Bescheinigung zur Kranken- und Pflegeversicherung**

Die o. g. Person ist in unserem Unternehmen (siehe Stempel/Unterschrift) wie folgt versichert:

|  |
| --- |
| 1. **Angaben zur Art der Krankenversicherung**
 |
|  [ ]  Der Antragsteller ist **ausschließlich** beitragspflichtig versichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 SGB V [ ]  Der Antragsteller ist freiwillig versichert m. Beitragsberechnung nach § 240 Abs. 4 S.2 SGB V |
|  [ ]  Der Antragsteller ist freiwillig versichert nach § 9 SGB V[ ]  Der Antragsteller ist beitragspflichtig versichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V [ ]  Der Antragsteller ist privat versichert |

 Es handelt sich um eine bloße Zusatzversicherung oder beitragsfreie Versicherung.

 [ ]  Ja [ ]  Nein

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Monatsbeitrag beträgt: |            | EURO | ab: |            |  |
|  (Hinweis: Es gelten die Kosten im Zeitpunkt der Antragstellung nach dem BAföG.) |
|  |
|  Werden Krankenversicherungsbeiträge vom **Jobcenter** erstattet? [ ]  Ja, ab wann:            [ ]  Nein |  |

|  |
| --- |
| 1. **Angaben zur Art der Pflegeversicherung**
 |
|  [ ]  Der Antragsteller ist beitragspflichtig versichert nach § 20 Abs. 1 Nr. 9 oder Nr. 10 SGB XI. [ ]  Der Antragsteller ist Pflichtmitglied mit Beitragsberechnung nach § 57 Abs. 4 SGB XI. [ ]  Der Antragsteller ist Pflichtmitglied nach § 20 Abs. 1 Nr. 12 oder § 20 Abs. 3 SGB XI [ ]  Der Antragsteller ist nach § 23 SGB XI privat versichert (Voraussetzungen n. § 61 Abs. 5 SGB XI sind erfüllt). |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Monatsbeitrag beträgt: |            | EURO |  ab: |            |  |
|  (Hinweis: Es gelten die Kosten im Zeitpunkt der Antragstellung nach dem BAföG.) |

|  |
| --- |
| 1. **Angaben zum Versicherungsunternehmen und zum Versicherungsvertrag**

 Wir sind ein(e) |
|  [ ]  gesetzliche Krankenkasse – Ersatzkasse – Betriebskrankenkasse |
|  |
|  [ ]  privates Krankenversicherungsunternehmen |
|  Unser Unternehmen erfüllt die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2 a  SGB V [ ]  Ja [ ]  Nein Aus der beitragspflichtigen Versicherung können Leistungen beansprucht werden, die der Art nach den Leistungen des SGBV entsprechen. (Hinweis: Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld muss nicht bestehen.) [ ]  Ja [ ]  Nein |  |
|  Die Leistungen aus dem bestehenden Versicherungsvertrag sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt (Teilversicherung/Prozenttarif) [ ]  Ja [ ]  Nein |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stempel des Versicherungsunternehmens** |  | **Kontaktdaten des** **Versicherungsunternehmens**(für Rückfragen) |
|  |  |  |  |  |       |
|       |  |  |  | Ansprechpartner |
|       |
| Datum |  | Unterschrift |  | Telefonnummer |