|  |  |
| --- | --- |
| 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 |