Techniker Krankenkasse
20902 Hamburg

Berücksichtigung von Pflegezeiten

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Persönliche Angaben

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Rentenversicherungsnummer

Weitere Angaben, wenn bisher keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde:

Geburtsname

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

☐ Ich bin von der Rentenversicherungs-Pflicht befreit und zahle als Pflichtmitglied Beiträge an die folgende berufsständige Versorgungs-Einrichtung:

Trifft dieser Punkt auf Sie zu? Unter bestimmten Voraussetzungen können wir die Beiträge zur sozialen Sicherung an die berufsständische Versorgungs-Einrichtung zahlen. Dies gilt auch für Selbständige, die Mitglied einer berufsständischen Versorgungs-Einrichtung sind. Dafür müssten sie die Voraussetzungen für eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen, wenn sie versicherungspflichtig wären. Dann zahlen wir die Beiträge an die berufsständische Versorgungs-Einrichtung. Bitte widersprechen Sie dem, wenn Sie dies **nicht** möchten.

503433073204

Name der Versorgungs-Einrichtung

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Mitgliedsnummer

Angaben zur Pflege

Ich pflege:

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Versichertennummer

Geburtsdatum TT MM JJJJ

503433073204

Angaben zur Pflege (Fortsetzung)

Gut zu wissen: Die Rentenversicherungs-Pflicht tritt nicht ein, wenn Sie die eigentliche Pflegeperson nur vertreten (z. B. wegen Urlaub oder Krankheit). Dies ist gilt auch, wenn feststeht, dass Ihre Pflegetätigkeit weniger als 2 Monate oder 60 Tage im Jahr dauert.

Ich pflege ab dem ____ Tag ____ Monat ____ Jahr

Ich pflege ____ Tag/e ____ Stunden pro Woche

Ich pflege am
Diese Angaben brauchen wir nur, wenn Sie **nicht** an 7 Tagen in der Woche pflegen.

☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag
☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag

Ich pflege sie bzw. ihn

☐ jede Woche.

☐ alle ____ ☐ Wochen. ☐ Monate.

☐ in folgendem Rhythmus:

____

Weitere Angaben zur Pflege

☐ Ich pflege als Aushilfe oder Vertretung vorübergehend

vom ____ Tag ____ Monat ____ Jahr bis zum ____ Tag ____ Monat ____ Jahr

☐ Ich pflege in ihrem bzw. seinem Haushalt.

☐ Ich pflege sie bzw. ihn an folgendem Ort:

____
z. B. Pflegeheim

☐ Ich bekomme eine finanzielle Anerkennung für die Pflege von monatlich ____ , ____ EUR

Angaben zum Verwandtschaftsverhältnis zur bzw. zum Pflegebedürftigen

Ich bin

☐ die/der Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in. ☐ ein Elternteil. ☐ die Tochter bzw. der Sohn.

☐ ein/e sonstige/r Verwandte/r. ☐ kein/e Verwandte/r.

503433073204

Angaben zu weiteren Pflegepersonen

☐ Sie/Er wird von weiteren Personen gepflegt.
Bitte geben Sie alle Pflegepersonen an.

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

PLZ Ort

Angaben zum Pflege-Aufwand

Sie/Er pflegt ab dem
Tag Monat Jahr

Sie/Er pflegt Tag/e Stunden pro Woche

Sie/Er pflegt am
Diese Angaben brauchen wir nur, wenn die Pflege **nicht** an 7 Tagen in der Woche erfolgt.

☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag
☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag

Sie/Er pflegt sie bzw. ihn

☐ jede Woche.

☐ alle ☐ Wochen. ☐ Monate.

☐ in folgendem Rhythmus:

503433073204

Angaben zur Pflege weiterer Personen

☐ Ich pflege zusätzlich:
Bitte geben Sie alle Pflegebedürftigen an.

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Versichertennummer

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Name der Pflegeversicherung

Angaben zum Pflege-Aufwand für die weitere pflegebedürftige Person

Ich pflege ab dem

Tag Monat Jahr

Ich pflege Tag/e Stunden pro Woche

Ich pflege am
Diese Angaben brauchen wir nur, wenn Sie **nicht** an 7 Tagen in der Woche pflegen.

☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag
☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag

Ich pflege sie bzw. ihn

☐ jede Woche.

☐ alle Wochen. Monate.

☐ in folgendem Rhythmus:

503433073204

Angaben zur Tätigkeit

☐ Ich bin bzw. war neben der Pflegetätigkeit erwerbstätig.

☐ abhängig beschäftigt ☐ selbstständig

vom Tag Monat Jahr bis zum Tag Monat Jahr

an , Stunden pro Woche
inklusive Vor- und Nacharbeiten

☐ Ich bin in Elternzeit.

vom Tag Monat Jahr bis zum Tag Monat Jahr

☐ Ich bekomme Entgeltersatz-Leistungen.
z. B. Krankengeld, Übergangsgeld, Mutterschaftsgeld

☐ Ich pflege sie bzw. ihn erwerbsmäßig im Auftrag einer ambulanten Pflege-Einrichtung, eines Unternehmens der freien Wohlfahrtspflege oder einer Pflegekasse.

Ich mache einen staatlich anerkannten Freiwilligendienst.

☐ ein freiwillig soziales Jahr ☐ einen Bundesfreiwilligen-Dienst

503433073204

Angaben zur Rentenversicherung

Angaben zum Bezug einer Rente

☐ Ich erhalte

seit dem ____ Tag ____ Monat ____ Jahr aus dem ☐ Inland ☐ Ausland

☐ eine Altersvollrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

☐ eine vergleichbare Altersversorgung aus einem anderen Alterssicherungs-System.
z. B. Pensionen oder Auslandsrenten

____ Auszahlende Stelle

☐ Ich verzichte auf einen Teil meiner Rente und erhalte eine Altersteilrente
Bitte schicken Sie uns einen Nachweis.

seit dem ____ Tag ____ Monat ____ Jahr

☐ Ich habe eine Rente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung beantragt.

Weitere Angaben

☐ Ich habe mir die Beiträge aus der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem Erreichen der Regelaltersgrenze auszahlen lassen am ____ Tag ____ Monat ____ Jahr
Bitte schicken Sie uns einen Nachweis in Kopie.

☐ Ich habe die Regelaltersgrenze erreicht und bisher keine Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt.

☐ Der Rentenversicherungs-Träger hat bei mir Kindererziehungs-Zeiten anerkannt.
Bitte schicken Sie uns einen Nachweis in Kopie. **Gut zu wissen**: Wenn Sie Kinder erzogen haben und der Bund deshalb Beiträge für Sie an den Rentenversicherungs-Träger zahlt, können Sie während Ihrer Pflegetätigkeit rentenversicherungspflichtig werden.

☐ Ich war geringfügig beschäftigt und für mich wurden pauschale Beiträge gezahlt.
Bitte schicken Sie uns einen Nachweis in Kopie.

503433073204

Angaben zur Arbeitslosen-Versicherung

Berücksichtigen Sie **nur die Zeiten bis 1 Monat vor Beginn der Pflegetätigkeit**. Schicken Sie uns bitte einen Nachweis in Kopie, z. B. Ihre letzte Gehaltsbescheinigung.

☐ Ich bin/war arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt.
Bitte schicken Sie uns einen Nachweis in Kopie.

vom ____ Tag Monat Jahr bis zum ____ Tag Monat Jahr

☐ Ich bin/war auf Antrag pflichtversichert in der Arbeitslosen-Versicherung.
Bitte schicken Sie uns einen Nachweis in Kopie.

vom ____ Tag Monat Jahr bis zum ____ Tag Monat Jahr

☐ Ich bin/war anderweitig pflichtversichert in der Arbeitslosen-Versicherung:
Bitte schicken Sie uns einen Nachweis in Kopie.

☐ Mutterschaftsgeld ☐ Übergangsgeld ☐ Verletztengeld

☐ Krankengeld ☐ volle Erwerbsminderungsrente

☐ anderes Versicherungs-Verhältnis:

____
Art des Versicherungs-Verhältnisses

☐ Ich habe/hatte einen Anspruch auf Entgelt-Ersatzleistungen von der Agentur für Arbeit (Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) – Arbeitsförderung).
Entgelt-Ersatzleistungen sind **Arbeitslosengeld I** oder **Unterhaltsgeld**. Leistungen nach dem SGB II gehören nicht dazu, z. B. Arbeitslosengeld II (Hartz IV). Bitte senden Sie uns einen Nachweis in Kopie.

vom ____ Tag Monat Jahr bis zum ____ Tag Monat Jahr

Weitere Angaben

☐ Während der Pflegetätigkeit erziehe ich mindestens 1 Kind (leibliches Kind, Adoptiv-, Pflege-, Stiefkind), das noch jünger als 3 Jahre ist.

____
Geburtsdatum des Kinds (TT MM JJJJ)

☐ Der Rentenversicherungs-Träger hat bei mir eine volle Erwerbsminderung auf Dauer festgestellt.
Bitte schicken Sie uns einen Nachweis in Kopie.

☐ Mir wurde von einem ausländischen Versicherungsträger eine Leistung bewilligt. Diese Leistung entspricht einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Erwerbsminderung.
Bitte schicken Sie uns einen Nachweis in Kopie.

503433073204

Angaben für Rückfragen

Telefon, freiwillige Angabe

Tag Monat Jahr

Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 94 SGB XI.

503433073204