

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 auch die Ausfüllhinweise.

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 _____
Krankenversichertennummer _____

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 ist Ja Nein

- hauptberuflich selbständig tätig oder
- 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.

2b 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.

Ort/Datum

Unterschrift
Antragstellerin/Antragsteller

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreterers minderjähriger
Antragstellerinnen/Antragsteller