

Antrag
auf Gewährung von Leistungen
in besonderen Fällen aus Mitteln der Länder bei einem
Schwangerschaftsabbruch, für den kein Leistungsanspruch
gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse besteht

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Wohnanschrift: _____ KV-Nr.: _____
(= Erstwohnsitz)

Angaben zur Feststellung der Berechtigung nach § 19 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes

1. Sind Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse als Pflichtmitglied, Freiwilliges Mitglied oder als Familienangehörige versichert? nein ja, bei der _____
(Name und Anschrift der Krankenkasse)
2. Beziehen Sie zurzeit eine der unter ❶ genannten Leistung? nein ja, welche _____
und von welcher Stelle _____
3. Sind Sie in einer Anstalt, einem Heim oder in einer gleichartigen Einrichtung untergebracht und werden die Kosten von einem Träger der Sozial- oder Jugendhilfe getragen? nein ja

Die folgenden Fragen 4 bis 6 sind zu beantworten, wenn die Fragen 2 oder 3 mit Nein beantwortet wurden:

4. Wie hoch ist Ihr im letzten Kalendermonat erzieltetes Nettoeinkommen ❷ einschließlich einmaliger Zuwendungen wie Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld usw.? _____ €
5. Steht Ihnen kurzfristig verwertbares Vermögen (Ersparnisse, sonstige ❸ Geldanlagen) zur Verfügung? nein ja, in Höhe von _____ €
6. Sind Sie Kindern gegenüber zum Unterhalt verpflichtet, die
a) unter 18 Jahre alt sind und in Ihrem Haushalt leben nein ja, für _____ Kind(er)
b) Sie überwiegend unterhalten? nein ja, für _____ Kind(er)

7. Wie hoch sind die Mietkosten? _____ €

8. In welcher Höhe wird der Mietkostenzuschuss gezahlt? _____ €

Hinweise:

- ❶ Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII (Sozialhilfe), laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach SGB II (z. B. Arbeitslosengeld II, Sozialgeld oder Einstiegsgeld) unabhängig von einem ggf. vorhandenen eigenem Einkommen, Ausbildungsförderung im Rahmen der Anordnung der Bundesagentur für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter, Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz.
- ❷ Das Einkommen Ihres Ehegatten oder Ihrer Eltern, wenn Sie noch in deren Haushalt leben sollten, ist **nicht** anzugeben. Zum Einkommen zählen alle Einnahmen aus unselbständiger Arbeit, selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft, Kapitalvermögen, Vermietung, Verpachtung, Renten, Versorgungsbezüge sowie Entgeltersatzleistungen (z. B. Kranken-, Verletzten- und Übergangsgeld), den Sockelbetrag von 300,00 € bei Halbierung der Monatsbeträge und einer damit einhergehenden Verdoppelung des Auszahlungszeitraumes nach § 6 Satz 2 BEEG bis 150,00 € monatlich übersteigendes Elterngeld und Unterhaltszahlungen, die Sie von einer anderen Person erhalten.
- ❸ Dazu zählen Ersparnisse, Abfindungen oder sonstige Geldanlagen von mehr als 5.000,00 €. Der Betrag erhöht sich um 500,00 € für jede Person, die von Ihnen überwiegend unterhalten wird.

bitte wenden

Prüfung der Berechtigung

(wird von der Krankenkasse ausgefüllt)

A Einkommensgrenze

1	Allgemeine Einkommensgrenze			
	<input type="checkbox"/> 1.258,00 €	=	_____	€
2	Erhöhung			
2.1	um die zu den in Fragen 6a und 6b angegebenen Kinder			
 Kinder X <input type="checkbox"/> 298,00 €	=	_____	€
2.2	Mietkosten (Frage 7)	=	_____	€
	abzüglich Mietkostenzuschuss (Frage 8)	-	_____	€
		=	0,00	€
	vermindert um den Pauschalbetrag von			
	<input type="checkbox"/> 368,00 €	-	_____	€
		=	0,00	€
			(höchstens 368,00 €)	
		↙ =	0,00	€
3	Für die Antragstellerin maßgebende Einkommensgrenze	=	0,00	€

B Einkünfte

1	Eigenes Einkommen (Frage 4)	=	_____	€
2	Kurzfristig verwertbares Vermögen (Frage 5)	=	_____	€
3	Einkünfte insgesamt	=	_____	€

C Ergebnis

Anspruch ist gegeben

Anspruch ist nicht gegeben

Der Anspruchsberechtigungsschein wurde am: _____ an die Antragstellerin persönlich ausgegeben.

Der Anspruchsberechtigungsschein wurde am: _____ an die gewünschte Adresse gesandt.

Der Anspruchsberechtigungsschein wurde am: _____ an den Arzt/die Ärztin gesandt.

Ich versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Änderungen in den Lebens-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, werde ich unverzüglich anzeigen.

Datum, Unterschrift Antragstellerin

Stempel/Unterschrift der Krankenkasse

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Feststellung der Anspruchsberechtigung gemäß § 19 Schwangerschaftskonfliktgesetz erhoben u. verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen hinsichtlich der Leistungsanspruchnahme führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder der von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/san/datenschutzrechte.