

Antrag auf Krankengeld bei Begleitung von Menschen mit Behinderung zur stationären Krankenhausbehandlung (§ 44b SGB V)

Gesetzlich krankenversicherte nahe Angehörige oder Personen aus dem engsten persönlichen Umfeld eines Menschen mit Behinderungen, der aus medizinischen Gründen eine Begleitung bei einer stationären Krankenhausbehandlung benötigt, können einen Anspruch auf Krankengeld haben, wenn ihnen durch die Begleitung ein Verdienstaufschlag entsteht. Dafür sind die gesetzlich vorgegebenen Anspruchsvoraussetzungen nachzuweisen, z. B. dass die zu begleitende Person Leistungen der Eingliederungshilfe bezieht.

Bitte füllen Sie den beigefügten Antrag vollständig aus und senden diesen unterschrieben an uns zurück. Beachten Sie, dass der Antrag aus mehreren Teilen besteht. Reichen Sie uns bitte alle Nachweise (z. B. die Bescheinigung des Krankenhauses zu den medizinischen Gründen und zur Dauer Ihrer Begleitung) zusammen mit dem Antrag ein.

1. Angaben der Begleitperson (Antragstellerin/ Antragsteller)

1.1. Persönliche Daten

Name, Vorname:

Krankenversicherungsnummer:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon (freiwillige Angabe)

Steuer-Identifikationsnummer

1.2. Verhältnis zur begleiteten Person

Im Verhältnis zu der unter Punkt 2 genannten Person, die ich begleite, bin ich

- ein naher Angehöriger (nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz, z. B. Mutter, Großvater, Schwager).
- eine andere Person aus dem engsten persönlichen Umfeld.

1.3. Angaben zur Begleitung (Bitte Bescheinigung vom Krankenhaus beifügen. Hierzu kann die beigefügte Bescheinigung vom Krankenhaus unter Ziffer 3 genutzt werden.)

Die medizinisch notwendige Begleitung der Person unter Punkt 2 erfolgte

- durch eine Mitaufnahme am/seit/vom _____ bis _____.
- ohne Mitaufnahme zu folgenden Zeiten (Anwesenheit im Krankenhaus inklusive Zeiten der An- und Abreise):

Datum	Uhrzeit (von – bis)	Datum	Uhrzeit (von – bis)	Datum	Uhrzeit (von – bis)	Datum	Uhrzeit (von – bis)

1.4. Begleitung durch Mitarbeitende eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe (Assistenz)

Während der Zeit meiner Begleitung erfolgte zusätzlich eine Begleitung durch eine/n Mitarbeitende/n eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe?

- Nein
- Ja, zu folgenden Zeiten (Bitte Tage und Zeiträume an diesen Tagen angeben):

1.5. Angaben zum Fernbleiben von der Arbeit/ Erwerbstätigkeit:

Für Arbeitnehmer: Aufgrund der Begleitung bin ich der Arbeit

- vollständig ferngeblieben.
- teilweise ferngeblieben an folgenden Tagen: _____.

Ich habe während der Begleitung

- keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegen meinen Arbeitgeber.
- einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegen meinen Arbeitgeber vom _____ - _____.
- einen unbezahlten Urlaub in Anspruch genommen vom _____ bis _____.

Für Selbstständige: Aufgrund der Begleitung bin ich meiner Erwerbstätigkeit

- vollständig ferngeblieben.
- teilweise ferngeblieben an folgenden Tagen: _____.

Ich habe während der Begleitung

- einen vollständigen Ausfall von Arbeitseinkommen.
- einen teilweisen Ausfall von Arbeitseinkommen in Höhe von _____ Euro.
- keinen Ausfall von Arbeitseinkommen.

1.6. Bezug von Entgeltersatzleistungen

Während der Begleitung beziehe ich

- keine andere Entgeltersatzleistung.
- vom _____ bis _____ Kurzarbeitergeld wegen vollständiger (100 %) Kurzarbeit.
 eine andere Entgeltersatzleistung: _____.

1.7. Beendigung des Arbeitsverhältnisses/der Erwerbstätigkeit während der Begleitung

- wird nicht beendet.
- wird beendet am* _____.
- wird wegen Rentenbezug beendet am* _____.

* Bei Aufgabe der selbstständigen Erwerbstätigkeit bitte Gewerbeabmeldung beifügen.

1.8. Besteht ein krankensicherungsfreies Arbeitsverhältnis (geringfügige Beschäftigung, Werkstudententätigkeit oder Praktikum)?

- Nein Ja

1.9. Wurde in den letzten 12 Kalendermonaten der Arbeitgeber gewechselt?

- Nein Ja

Wenn ja, wurden in diesem Zeitraum Einmalzahlungen (z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld) gezahlt?

- Nein Ja

1.10. Bankverbindung

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

Geldinstitut

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber (Name, Anschrift)

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Sofern sich Änderungen ergeben, werde ich meine Krankenkasse umgehend informieren.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

2. Angaben von der begleiteten Person

Bitte die Angaben von der begleiteten Person oder deren gesetzlichen Betreuer ausfüllen lassen.

2.1. Persönliche Daten

Name, Vorname:

Krankenversichertennummer:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon (freiwillige Angabe) :

Es besteht eine gesetzliche Krankenversicherung? Ja Nein

Krankenkasse:

2.2. Es liegt eine Behinderung vor und es werden Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen (nach §§ 90 – 150 SGB IX, § 35a SGB VIII oder § 27d Abs. 1 Nr. 3 BVG):

Ja (Bitte Nachweis über den Bezug der Eingliederungshilfe beifügen.) Nein

2.3. Die Begleitperson erbringt für mich Leistungen der Eingliederungshilfe (nach §§ 90 – 150 SGB IX, § 35a SGB VIII oder § 27d Abs. 1 Nr. 3 BVG) gegen Entgelt:

Ja Nein

2.4. Die Krankenhausbehandlung ist/war in Folge eines Unfalls erforderlich? (Die Information finden Sie auf der Verordnung der Krankenhausbehandlung [Muster 2], welches von der verordnenden Arztpraxis ausgestellt wurde.)

Ja Nein

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Sofern sich die oben genannten Angaben ändern, werde ich die Begleitperson und deren Krankenkasse umgehend informieren.

Datum

Unterschrift der begleiteten Person/des Betreuers