

ANTRAG

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

ANGABEN ZUR PERSON

Vorname

Name

Straße Hausnr.

Postleitzahl Ort

Geburtsdatum Familienstand

ANGABEN ZUR FESTSTELLUNG DER BERECHTIGUNG NACH § 1 DES GESETZES ZUR HILFE FÜR FRAUEN BEI SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHEN IN BESONDEREN FÄLLEN

Erfolgt die Antragstellung vor dem geplanten Termin des Abbruches?

ja, der Termin ist am

1. Sind Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse als Pflicht-, freiwilliges Mitglied oder als Familienangehörige versichert?

nein

ja, bei

Name, Anschrift der Krankenkasse

2. Beziehen Sie zurzeit eine der unter Punkt 1 genannten Leistungen?

nein

ja, welche

von welcher Stelle

3. Sind Sie in einer Anstalt, einem Heim, oder einer gleichartigen Einrichtung untergebracht und werden die Kosten von einem Träger der Sozialhilfe oder der Jugendhilfe getragen?

nein

ja

Die folgenden Fragen sind zu beantworten, wenn die Fragen 2 und 3 mit nein beantwortet sind.

4. Wie hoch ist Ihr im letzten Kalendermonat erzielttes Nettoeinkommen (Punkt II) einschließlich einmaliger Zuwendungen, wie Weihnachts-, Urlaubsgeld usw.?

Euro

5. Steht Ihnen persönlich kurzzeitig verwertbares Vermögen (Ersparnisse, sonstige Geldanlagen) zur Verfügung?

nein

ja, in Höhe von

Euro

6. Sind Sie Kindern gegenüber zum Unterhalt verpflichtet, die unter 18 Jahre alt sind
- 6.1 und in Ihrem Haushalt leben? nein ja, Kind(er)
- 6.2 und nicht in Ihrem Haushalt leben, aber von Ihnen überwiegend unterhalten werden? nein ja, Kind(er)
7. Angaben zu den Unterkunftskosten
- 7.1 Wie hoch sind die Kosten (Miet-, Neben- und Heizkosten bzw. tatsächliche Aufwendungen für Wohneigentum - z. B. Ratenkredit)? Euro
- 7.2 Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? Personen
8. In welcher Höhe erhalten Sie kostensenkende Leistungen zur Unterkunft (Wohngeld, Wohn-/Mietkostenzuschuss)? Euro

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.



Ort, Datum

Unterschrift

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs.1 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - (SGB V) zum Zwecke der Anspruchsprüfung nach § 19 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann dazu führen, dass die auftragsweise Leistungserbringung nicht durchgeführt werden kann, da hierbei gemäß § 21 Abs. 2 SchKG die Darlegung und Prüfung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse vorgesehen und notwendig ist. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/.

Hinweise:

- Punkt I Bürgergeld, Sozialgeld, Einstiegsgeld nach dem SGB II, Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe), Ausbildungsförderung im Rahmen der Anordnung der Bundesanstalt für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behindertener, Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz.
- Punkt II Das Einkommen Ihres/Ihrer Lebenspartner/Lebenspartnerin 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 Lohnersatzleistungen (z. B. Kranken-, Verletzten- und Übergangsgeld) und Unterhaltszahlungen, die Sie von einer anderen Person erhalten.