

BEZUG VON KINDERKRANKENGELD BEI PANDEMIEBEDINGTER BETREUUNG DES NICHT ERKRANKTEN KINDES



nach § 45 Abs. 2a SGB V

ANGABEN DES BETREUENDEN ELTERNTEILS

Name, Vorname(n)

Anschrift

Versichertennummer Geburtsdatum

ANGABEN DES KINDES

Name, Vorname(n)

Versichertennummer Geburtsdatum

Name der Krankenkasse

ZEITRAUM DER BETREUUNG

vom bis einschließlich

für folgende Tage

Grund der Betreuung des Kindes (Zutreffendes bitte ankreuzen und einen Nachweis beifügen)

- Die Kita/Schule¹ wurde von der zuständigen Behörde geschlossen.
- Das Betreten der Kita/Schule¹ wurde untersagt (z.B. bei Quarantäne).
- Die Betriebs- oder Schulferien wurden angeordnet oder verlängert.
- Die Präsenzpflicht in der Schule wurde aufgehoben.
- Der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot wurde eingeschränkt (z.B. bei Notbetreuung).
- Es liegt eine behördliche Empfehlung vor, die Kita¹ nicht zu besuchen.

WEITERE ANGABEN DES BETREUENDEN ELTERNTEILS

Ich versichere, dass das Kind im oben genannten Zeitraum pandemiebedingt beaufsichtigt oder betreut werden musste, eine andere in meinem Haushalt lebende Person die Beaufsichtigung oder Betreuung des Kindes nicht übernehmen konnte und ich zur Beaufsichtigung oder Betreuung des Kindes meiner Arbeit ferngeblieben bin.

Für das genannte Kind wurde in diesem Kalenderjahr aufgrund einer vorangegangenen Erkrankung/Betreuung eine bezahlte Freistellung durch meinen Arbeitgeber gewährt:

Nein Ja, vom bis

Für das genannte Kind wurde in diesem Kalenderjahr von mir Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V

nicht bezogen. für Tag/e (vom bis) bezogen.

Ich bin alleinerziehend nein ja

Ich habe einen Antrag auf eine vergleichbare Leistung für den gleichen Zeitraum gestellt:

- Nein
- ja, Entschädigungsleistung nach § 56 Abs. 1a IfSG
- ja, Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 Satz 1 SGB XI

¹Hierzu gehören auch weitere Einrichtung zur Betreuung von Kindern, zum Beispiel Hort und Kindertagespflegestellen sowie Einrichtungen von Menschen mit Behinderung.

BANKVERBINDUNG


IBAN:

BIC:

Geldinstitut:

Name, Vorname des Kontoinhabers (falls abweichend)

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



Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Ihre Angaben sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden nach § 284 Abs. 1 SGB V erhoben, gespeichert und genutzt. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail an: leistungen@bkk-vbu.de oder per Post an: **BKK-VBU, 10857 Berlin.**