

**Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung
für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen**
(Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die beiliegenden Erläuterungen)

A Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Name, Vorname

Krankenversicherтенnummer

B Angaben zur pflegenden Person (Pflegeperson):

1. Angaben zur Person

Name, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Rentenversicherтенnummer¹⁾

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Wenn keine deutsche Versicherungsnummer bekannt ist:

Geburtsname, ggf. frühere Namen

Geburtsdatum

männlich

Geburtsland und Geburtsort

weiblich

Staatsangehörigkeit

2. Angaben zur Pflege

2.1 Seit wann und in welchem Umfang führen Sie die Pflege durch?

seit dem _____
Tag/Monat/Jahr

Montag _____ Stunden Freitag _____ Stunden

Dienstag _____ Stunden Samstag _____ Stunden

Mittwoch _____ Stunden Sonntag _____ Stunden

Donnerstag _____ Stunden

im Rhythmus von _____ Wochen / Monaten

in folgendem Rhythmus: _____

2.2 Wird die Pflege nur vorübergehend (nicht mehr als zwei Monate bzw. 60 Tage im Jahr), als Aushilfe / Vertretung ausgeübt?²

Nein

Ja, vom _____ bis _____ (weiter bei Abschnitt D)

2.3 Sind außer Ihnen noch andere Pflegepersonen im Haushalt der pflegebedürftigen Person tätig?³

Nein

Ja _____
Name, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

2.4 Wo wird die Pflege durchgeführt?

im Haushalt der pflegebedürftigen Person

in meinem Haushalt

sonstiger Pflegeort: _____

2.5 In welcher Beziehung stehen Sie zur pflegebedürftigen Person?

Familienangehöriger/Verwandter

sonstige Person

2.6 Werden Sie von der pflegebedürftigen Person eine Geldleistung erhalten, die das - je nach Pflegegrad - zu zahlende Pflegegeld übersteigt?

Nein

Ja

2.7 Üben Sie diese Pflegetätigkeit im Rahmen Ihrer Berufstätigkeit aus (selbständige Pflegefachkraft oder Anstellung bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung)? Oder sind Sie in Ihrer Eigenschaft als Pflegeperson bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung angestellt oder als Jugend- oder Bundesfreiwilligendienstleistender oder für ein Unternehmen der freien Wohlfahrts- pflege tätig?⁴

Nein

Ja, Tätigkeit als _____

2.8 Werden von Ihnen noch weitere Personen gepflegt?⁵

Nein

Ja

Montag _____ Stunden Freitag _____ Stunden

Dienstag _____ Stunden Samstag _____ Stunden

Mittwoch _____ Stunden Sonntag _____ Stunden

Donnerstag _____ Stunden

Wenn ja:

Angaben zur weiteren pflegebedürftigen Person:

Beginn der Pflege

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Pflegekasse/Versicherungsunternehmen/Versichertennummer

3. Angaben zur Rentenversicherung

3.1 Üben Sie neben der Pfl egetätigkeit eine oder mehrere Erwerbstätigkeiten aus?⁶

Nein

Ja, seit _____ an insgesamt _____ Stunden wöchentl ich

Bei bis zu incl. 30 Stunden wöchentl ich reichen Sie bitte einen Nachweis über die Arbeitsstunden ein

3.2 Haben Sie in der Vergangenheit eine Beitragserstattung aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten?

Nein

Ja, am _____

3.3 Wurden für Sie, auch nach einer evtl. Beitragserstattung, Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?

Nein

Ja

3.4 Sofern Sie die Regelaltersgrenze erreicht haben und bisher Beiträge nicht gezahlt wurden: Haben Sie in der Vergangenheit Kinder erzogen oder eine geringfügige Beschäftigung ausgeübt, für die Pauschalbeiträge gezahlt worden sind?⁷

Nein

Ja (Bitte fügen Sie den Bescheid des Rentenversicherungsträgers bei)

3.5 Sind Sie Pflichtmitglied in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung?⁸

Nein

Ja, _____
Name des Versorgungswerks, Sitz des Versorgungswerkes (Bundesland), Mitgliedsnummer

3.6 Beziehen Sie eine Vollrente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung nach Erreichen einer Altersgrenze?⁹

Nein

Ja, seit _____ aus dem Inland / Ausland

eine Altersvollrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

eine vergleichbare Altersversorgung aus einem anderen Alterssicherungssystem

Wenn nein: Haben Sie eine solche Rente beantragt?

Nein

Ja (Bitte fügen Sie eine Kopie des Rentenbescheids bei)

3.7 Beziehen Sie eine Altersrente und haben auf mindestens 1% dieser Rente verzichtet?

Nein

Ja (Bitte fügen Sie den Bewilligungsbescheid des Rentenversicherungsträgers bei)

4. Angaben zur Arbeitslosenversicherung

4.1 Unmittelbar (= nicht mehr als einen Monat) vor Beginn der Pfllegetätigkeit war ich arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt

Arbeitgeber

auf Antrag pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung

Name der Agentur für Arbeit

Kundennummer

anderweitig pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung

als

(Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

4.2 Unmittelbar (= nicht mehr als einen Monat) vor Beginn der Pfllegetätigkeit hatte ich einen Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III¹⁰

Nein

Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

4.3 Für die Zeit der Pfllegetätigkeit besteht ein anderes Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung?¹¹

Nein

Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

Art des Versicherungsverhältnisses

4.4 Für die Zeit der Pfllegetätigkeit erziehe ich ein Kind (leibliches Kind, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind), das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Nein

Ja

4.5 Während der Zeit der Pfllegetätigkeit beziehe ich eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III¹⁰

Nein

Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

4.6 Für mich wurde vom Rentenversicherungsträger eine volle Erwerbsminderung festgestellt.

Nein

Ja, seit _____ (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

4.7 Mir wurde eine dem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbare Leistung eines ausländischen Versicherungsträgers zuerkannt.

Nein

Ja, seit _____ (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

C Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs.1 SGB XI zum Zwecke der Gewährung von Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen, z.B. bei den Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 SGB XI führen. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der DAK-Gesundheit finden Sie unter: www.dak.de/dak/datenschutz.

D Erklärung

Ich bestätige, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich werde Ihnen unverzüglich Mitteilung geben, wenn ich die o. a. Pflege beende, unterbreche oder wenn sonstige Veränderungen in den Verhältnissen eintreten (z. B. zeitliche Dauer der Pflege, Zubilligung einer Vollrente wegen Alters, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze).

Unterschrift der Pflegeperson

Ort, Datum