

Bitte senden an:

PFLEGEKASSE

Telefonische Erreichbarkeit:  
040 325325555

Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

**Hinweis:** Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die beiliegenden Erläuterungen.

**Angaben zur pflegebedürftigen Person**

Name, Vorname

Krankenversicherungsnummer

**Angaben zur pflegenden Person (Pflegeperson)**

Name

Vorname

Straße

Postleitzahl und Ort

Geburtsdatum

Telefon (freiwillige Angabe)

Rentenversicherungsnummer ①

Geburtsname, ggf. frühere Namen

Geschlecht: männlich  weiblich

Staatsangehörigkeit

Falls keine deutsche Rentenversicherungsnummer bekannt ist:

Geburtsland, -ort

**Angaben zur Pflege**

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

Seit dem (Tag/Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ an insgesamt \_\_\_\_\_ Stunden an \_\_\_\_\_ Tagen wöchentlich

im Rhythmus von: \_\_\_\_\_  Wochen /  Monaten

in folgendem Rhythmus: \_\_\_\_\_

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

nein  ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

▶ Bei „ja“ brauchen Sie die nachfolgenden Fragen nicht mehr ausfüllen >> weiter zur Unterschrift

- Beziehen Sie eine Vollrente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung nach Erreichen einer Altersgrenze? ③

nein, ein entsprechender Antrag wurde  nicht gestellt  wurde am \_\_\_\_\_ gestellt.

ja, seit dem \_\_\_\_\_ aus dem  Inland  Ausland

▶ Bei „ja“ brauchen Sie die nachfolgenden Fragen nicht mehr ausfüllen >> weiter zur „Unterschrift“

- Üben Sie neben der Pfl ege t ätigkeit eine oder mehrere Erwerb st ätig keiten aus? ⑥

nein  ja, seit \_\_\_\_\_ an insgesamt \_\_\_\_\_ Stunden w öchentlich.

▶ Bei „ja“ und mehr als 30 Std. w öchentlich brauchen Sie die nachfolgenden Fragen nicht mehr ausfüllen >> weiter zur Unterschrift

- Üben Sie diese Pfl ege t ätigkeit im Rahmen Ihrer Beruf st ätigkeit aus (selbst st ändige Pfl egefachkraft oder Anstellung bei einer ambulanten Pfl egeeinrichtung)? Oder sind Sie in Ihrer Eigenschaft als Pfl egeperson bei einer ambulanten Pfl egeeinrichtung angestellt oder als Jugend- oder Bundesfreiwilligendienstleistender oder für ein Unternehmen der freien Wohlfahrtspflege t ätig? ④

nein  ja, T ätigkeit als (*Berufsbezeichnung*) \_\_\_\_\_

▶ Bei „ja“ brauchen Sie die nachfolgenden Fragen nicht mehr ausfüllen >> weiter zur „Unterschrift“

- Wo wird die Pfl ege durchgeföhrt?  im Haushalt der pfl egebedürftigen Person  in meinem Haushalt  
 sonstiger Pfl egeort \_\_\_\_\_

- In welcher Beziehung stehen Sie zur pfl egebedürftigen Person?  Ehegatte  Elternteil  Kind  
 sonstiger Familienangehöriger/Verwandter  sonstige Person

- Werden Sie von der pfl egebedürftigen Person eine monatliche Geldleistung erhalten, die das – je nach Pfl egegrad – zu zahlende Pfl egegeld übersteigt?

nein  ja

- Sind außer Ihnen noch andere Pfl egepersonen im Haushalt der pfl egebedürftigen Person t ätig? ③

nein  ja, und zwar

Name, Vorname • Anschrift weiterer Pfl egepersonen

- Werden von Ihnen noch weitere Personen gepflegt? ⑤

nein  ja, an insgesamt \_\_\_\_\_ Stunden an \_\_\_\_\_ Tagen w öchentlich  
am .....  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa  So

Wenn ja, benötigen wir weitere Angaben von Ihnen:

Name, Vorname • Anschrift der pfl egebedürftigen Person

zuständige Pfl egekasse oder privates Krankenversicherungsunternehmen dieser Person

Krankenversicherungsnummer

An welchen Wochentagen wird die Pfl ege des auf der Vorderseite angegebenen Pfl egebedürftigen erbracht?

am .....  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa  So

- Sind Sie Pflichtmitglied in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (z. B. Versorgungswerk für Ärzte, Apotheker, Rechtsanwälte)? ⑧

nein  ja,

Name des Versorgungswerks, Mitgliedsnummer

### ▶ Angaben zur Rentenversicherung

- Haben Sie in der Vergangenheit eine Beiträgerstattung aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten? ⑦

nein  ja, am \_\_\_\_\_

- Wurden für Sie – auch nach einer evtl. Beiträgerstattung – Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt? ⑦

nein  ja

- Falls 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 Bescheid des Rentenversicherungsträgers beifügen*)



## Angaben zur Arbeitslosenversicherung

- Unmittelbar (= nicht mehr als ein Monat) vor Beginn der Pflgetätigkeit war ich

arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt

Arbeitgeber

auf Antrag pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung

Name der Agentur für Arbeit und Kundennummer

anderweitig pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung

als (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

- Unmittelbar (= nicht mehr als ein Monat) vor Beginn der Pflgetätigkeit hatte ich einen Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III <sup>®</sup>

nein  ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

- Für die Zeit der Pflgetätigkeit besteht ein anderes Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung <sup>®</sup>

nein  ja

Art des Versicherungsverhältnisses (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

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

nein  ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

- Während der Zeit der Pflgetätigkeit beziehe ich eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III <sup>®</sup>

nein  ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

- Für mich wurde vom Rentenversicherungsträger eine volle Erwerbsminderung festgestellt

nein  ja, seit \_\_\_\_\_ (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei)

- 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)

## Erklärung

**Ich bestätige, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen.**

**Ich werde Ihnen unverzüglich Mitteilung geben, wenn sich 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).**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Pflegeperson

X