

# Antrag auf Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen

## Angaben zum Antragsteller (Name und Adresse)

  

## Versichertennummer

  
Telefonnummer  

Bitte an die IKK classic schicken. Vielen Dank!

**IKK classic**  
**04063 Leipzig**

E-Mail [info@ikk-classic.de](mailto:info@ikk-classic.de)  
Fax 0800 800 4551

## 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:

Vorname	<input type="text"/>	Krankenversichertennummer	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>		

### B Angaben zur pflegenden Person (Pflegeperson):

#### 1. Angaben zur Person

Vorname	<input type="text"/>	Straße, Hausnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Name	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Telefon*	<input type="text"/>			
Rentenversicherungsnummer <sup>1</sup>	<input type="text"/>					
Wenn keine deutsche Rentenversicherungsnummer bekannt ist:						
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> unbestimmt	Geburtsort	<input type="text"/>	
Geburtsname				<input type="text"/>	Geburtsland	<input type="text"/>
				Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	

#### 2. Angaben zur Pflege

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

seit dem  in der Woche insgesamt  Stunden,  
(Tag/Monat/Jahr)

verteilt auf folgende Tage:   
(Montag bis Sonntag)

in folgendem Rhythmus:

jede Woche     alle  Wochen     alle  Monate

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

Ja, vom  bis  (weiter bei Abschnitt C)  
 Nein

**2.3 Sind außer Ihnen noch andere Pflegepersonen für die pflegebedürftige Person tätig?<sup>3</sup>**

Ja,  
  
  
Name, Vorname, Anschrift (Bitte geben Sie weitere Pflegepersonen mit ihrer Anschrift auf einem gesonderten Blatt an.)

Nein

**2.4 Wo wird die Pflege durchgeführt?**

im Haushalt der pflegebedürftigen Person/in meinem Haushalt/im gemeinsamen 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?**

Ja, in Höhe von  Euro  
 Nein

**2.7 Üben Sie diese Pflgetätigkeit im Rahmen Ihrer Berufstätigkeit aus (selbständige Pflegefachkraft oder Anstellung bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung) oder sind Sie in Ihrer Eigenschaft als Jugend- oder Bundesfreiwilligendienstleistender oder für ein Unternehmen der freien Wohlfahrtspflege tätig?<sup>4</sup>**

Ja, Tätigkeit als   
Berufsbezeichnung  
 Nein

**2.8 Werden von Ihnen noch weitere Personen gepflegt?<sup>5</sup>**

Ja, seit dem  in der Woche insgesamt  Stunden,  
(Tag/Monat/Jahr)

verteilt auf folgende Tage:   
(Montag bis Sonntag)

in folgendem Rhythmus:

jede Woche  alle  Wochen  alle  Monate

Angaben zur weiteren pflegebedürftigen Person

Vorname  Straße, Hausnummer    
Name  PLZ, Ort    
Pflegekasse/Versicherungsunternehmen   
Versichertennummer  Straße, Hausnummer    
PLZ, Ort

Nein

### 3. Angaben zur Rentenversicherung

#### 3.1 Üben Sie neben der Pfllegetätigkeit eine oder mehrere Erwerbstätigkeiten aus?<sup>6</sup>

Ja, seit  an insgesamt  Stunden wöchentlich

abhängig beschäftigt

selbständig tätig

Art der beruflichen Tätigkeit:

Nein

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

Ja, am

Nein

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

Ja

Nein

#### 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?<sup>7</sup>

Ja (Bitte fügen Sie den Bescheid des Rentenversicherungsträgers bei.)

Nein

#### 3.5 Sind Sie Pflichtmitglied in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung?<sup>8</sup>

Ja,

  

Name und Anschrift des Versorgungswerks, Mitgliedsnummer

Nein

#### 3.6 Beziehen Sie eine Rente wegen Alters oder eine vergleichbare Versorgung (z. B. eine Pension) nach Erreichen einer Altersgrenze?<sup>9</sup>

Ja, seit  aus dem

Inland

Ausland

eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung als

Teilrente

Vollrente

(Bitte fügen Sie den Rentenbescheid bei.)

eine vergleichbare Versorgung aus einem anderen Alterssicherungssystem (z. B. eine Pension oder berufsständische Versorgung). Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.

Nein

Wenn nein: Haben Sie eine solche Rente oder eine vergleichbare Versorgung beantragt?

Ja, zum

Bitte senden Sie uns nach der Bewilligung einen entsprechenden Nachweis.

Nein

#### 4. Angaben zur Arbeitslosenversicherung

##### 4.1 Waren Sie unmittelbar (= nicht mehr als einen Monat) vor Beginn der Pfllegetätigkeit arbeitslosenversicherungspflichtig?

Ja, (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt.

Arbeitgeber bis zum

Arbeitgeber

anderweitig pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung.<sup>10</sup>

ab/seit

als

auf Antrag pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung.

bis zum

Name der Agentur für Arbeit, Kundennummer

Nein

##### 4.2 Hatten Sie unmittelbar (= nicht mehr als einen Monat) vor Beginn der Pfllegetätigkeit einen Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III?<sup>11</sup>

Ja, bis zum  (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

Nein

##### 4.3 Besteht für Sie für die Zeit der Pfllegetätigkeit ein anderes Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung?<sup>10</sup>

Ja, (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

Art des Versicherungsverhältnisses

Nein

##### 4.4 Erziehen Sie für die Zeit der Pfllegetätigkeit ein Kind (leibliches Kind, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind), welches das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat?

Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

Nein

##### 4.5 Haben Sie während der Zeit der Pfllegetätigkeit einen Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III?<sup>11</sup>

Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

Nein

##### 4.6 Wurde für Sie vom Rentenversicherungsträger eine volle Erwerbsminderung auf Dauer festgestellt?

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

Nein

##### 4.7 Wurde Ihnen eine dem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbare Leistung eines ausländischen Versicherungsträgers zuerkannt?

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

Nein

### C Datenschutzhinweis:

Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 und 28a SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei Leistungsansprüchen nach §§ 36 - 44 SGB XI) führen. Die Angabe der mit \* gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit bei der Pflegekasse der IKK classic für die Zukunft widersprechen. Die Verarbeitung der Sozialdaten erfolgt im Rahmen der § 67b ff SGB X. Weitere Informationen dazu finden Sie unter [www.ikk-classic.de/datenschutz](http://www.ikk-classic.de/datenschutz)

### D Erklärungen zum Antrag:

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, Bezug einer Rente wegen Alters, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze)

Ja, ich bin damit einverstanden, von der IKK classic telefonisch und per E-Mail über eine IKK-Mitgliedschaft oder aktuelle Angebote aus dem Gesundheits- und Versicherungsbereich informiert zu werden. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Ort	Datum	Unterschrift der Pflegeperson
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>