Antrag auf Kinderkrankengeld bei pandemiebedingter Betreuung des Kindes nach § 45 Abs. 2a SGB V

hkk KRANKENKASSE

1. Daten des betreuenden Elternteils

Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

2. Daten des Kindes

Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

3. Zeitraum der Betreuung

Vom: _____ Bis einschließlich: _____

Für folgende Tage: _____

4. Grund der Betreuung des Kindes (Zutreffendes ankreuzen und – sofern vorhanden – Nachweis beifügen)

☐ Die Kita/Schule [1] wurde von der zuständigen Behörde geschlossen.

☐ Das Betreten der Kita/Schule [1] 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 Kita [1] nicht zu besuchen.

Nachweis ist beigefügt: ☐ Ja ☐ Nein

5. Weitere Angaben des betreuenden Elternteils

Ich versichere, dass das Kind im o. g. 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.

☐ Ja, von _____ bis _____ ☐ Nein

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

☐ nicht bezogen. ☐ für ___ Tage (von _____ bis _____) bezogen.

Ich bin Alleinerziehende(r) ☐ Ja ☐ Nein

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

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber(in): _____

IBAN: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Geldinstitut (Name, Ort): _____

BIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Datum	Unterschrift der/des Versicherten	Telefonnummer (freiwillige Angabe)

[1] Hierzu gehören auch weitere Einrichtungen zur Betreuung von Kindern, z. B. Hort und Kindertagespflegestellen, sowie Einrichtung von Menschen mit Behinderung.

Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet.
Mehr Infos erhalten Sie unter www.hkk.de/datenschutz und in unseren Geschäftsstellen. Für weitere Fragen hierzu kontaktieren Sie uns gerne.