

Antrag auf Krankengeld bei Begleitung von Menschen mit Behinderung zur stationären Krankenhausbehandlung (§ 44b SGB V)

Gesetzlich krankenversicherte nahe Angehörige oder Personen aus dem engsten persönlichen Umfeld eines Menschen mit Behinderungen, der aus medizinischen Gründen eine Begleitung bei einer stationären Krankenhausbehandlung benötigt, können einen Anspruch auf Krankengeld haben, wenn ihnen durch die Begleitung ein Verdienstausschlag entsteht. Dafür sind die gesetzlich vorgegebenen Anspruchsvoraussetzungen nachzuweisen, z. B. das die zu begleitende Person Leistungen der Eingliederungshilfe bezieht.

Bitte füllen Sie den beigefügten Antrag vollständig aus und senden diesen unterschrieben an uns zurück. Beachten Sie, dass der Antrag aus mehreren Teilen besteht. Reichen Sie uns bitte alle Nachweise (z. B. die Bescheinigung des Krankenhauses zu den medizinischen Gründen und zur Dauer Ihrer Begleitung) zusammen mit dem Antrag ein.

1. Angaben der Begleitperson (Antragstellerin/Antragsteller)

1.1. Persönliche Daten

Name, Vorname:			
Krankenversicherungsnummer:		Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Wohnort:			
Telefon (freiwillige Angabe)			
Steuer-Identifikationsnummer			

1.2. Angaben zum Fernbleiben von der Arbeit/Erwerbstätigkeit:

Für Arbeitnehmende: Aufgrund der Begleitung bin ich der Arbeit

- ☐ vollständig ferngeblieben.
☐ teilweise ferngeblieben an folgenden Tagen:

_____.

Ich habe während der Begleitung

- ☐ keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegen meinen Arbeitgeber.
☐ einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegen meinen Arbeitgeber vom _____ bis _____.
☐ einen unbezahlten Urlaub in Anspruch genommen vom _____ bis _____.

Für Selbstständige: Aufgrund der Begleitung bin ich meiner Erwerbstätigkeit

- ☐ vollständig ferngeblieben.
☐ teilweise ferngeblieben an folgenden Tagen:

_____.

Ich habe während der Begleitung

- ☐ einen vollständigen Ausfall von Arbeitseinkommen (Nachweis beifügen).
☐ einen teilweisen Ausfall von Arbeitseinkommen in Höhe von _____ Euro (Nachweis beifügen).
☐ keinen Ausfall von Arbeitseinkommen.

1.3. Bezug von Entgeltsersatzleistungen

Während der Begleitung beziehe ich

- ☐ keine andere Entgeltsersatzleistung.
vom _____ bis _____

- ☐ Kurzarbeitergeld wegen vollständiger (100 %) Kurzarbeit.
☐ eine andere Entgeltsersatzleistung: _____.

1.4. Beendigung des Arbeitsverhältnisses/der Erwerbstätigkeit während der Begleitung

- ☐ wird nicht beendet.
- ☐ wird beendet am* _____.
- ☐ wird wegen Rentenbezug beendet am* _____.

* Bei Aufgabe der selbstständige Erwerbstätigkeit bitte Gewerbeabmeldung beifügen.

1.5. Besteht ein krankenversicherungsfreies Arbeitsverhältnis (geringfügige Beschäftigung, Werkstudententätigkeit oder Praktikum)?

- ☐ Nein ☐ Ja

1.6. Verhältnis zur begleiteten Person

Im Verhältnis zu der unter Punkt 2 genannten Person, die ich begleite, bin ich

- ☐ ein naher Angehöriger (nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz, z. B. Mutter, Großvater, Schwager).
- ☐ eine andere Person aus dem engsten persönlichen Umfeld.

1.7. Angaben zur Begleitung (Bitte Bescheinigung vom Krankenhaus beifügen. Hierzu kann das beigelegte Blankoformular genutzt werden.)

Die medizinisch notwendige Begleitung der Person unter Punkt 2 erfolgte

- ☐ durch eine Mitaufnahme am/seit/vom _____ bis _____.
- ☐ ohne Mitaufnahme zu folgenden Zeiten (Anwesenheit im Krankenhaus sowie Zeiten der An- und Abreise):

Datum	Uhrzeit (von – bis)	Datum	Uhrzeit (von – bis)	Datum	Uhrzeit (von – bis)	Datum	Uhrzeit (von – bis)

1.8. Begleitung durch Mitarbeitende eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe

Während der Zeit meiner Begleitung erfolgte zusätzlich eine Begleitung durch eine/n Mitarbeitende/n eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, zu folgenden Zeiten (Bitte Tage und Zeiträume an diesen Tagen angeben):

1.9. Bankverbindung

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

Geldinstitut																											
IBAN:																											
BIC:																											
Kontoinhaber (Name, Anschrift)																											

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Sofern sich Änderungen ergeben, werde ich meine Krankenkasse umgehend informieren.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten