

Antrag auf Kinder-Krankengeld, Kinder-Verletztengeld

Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.



Mitglied		
Name <hr/>	Vorname <hr/>	Geburtsdatum <hr/>
Postleitzahl Wohnort, Straße Hausnummer <hr/>		Versichertennummer <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"></div>
Kind		
Name <hr/>	Vorname <hr/>	Geburtsdatum <hr/>
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert bei: <hr/>		Name der Krankenkasse <hr/>
		Versichertennummer <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"></div>
Bankverbindung		
IBAN	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	
BIC	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	
Name, Vorname des abweichenden Kontoinhabers <hr/> Name der Bank <hr/>		
Angaben zum Antrag		
Zeitraum der Betreuung vom: <hr/> bis einschließlich: <hr/>		
Ich bin der Arbeit fern geblieben wegen:		
<input type="checkbox"/> Erkrankung des Kindes (Ärztliche Bescheinigung beifügen)	Betreuung des Kindes, aus Gründen des Infektionsschutzes <input type="checkbox"/> Schließung der Kita/Schule durch die zuständige Behörde <input type="checkbox"/> Betreten der Kita/Schule ist untersagt (Bsp. Quarantäne) <input type="checkbox"/> Anordnung/Verlängerung von Betriebs- oder Schulferien <input type="checkbox"/> Aufhebung der Präsenzpflicht in der Schule <input type="checkbox"/> Eingeschränkter Zugang zum Kinderbetreuungsangebot <input type="checkbox"/> Behördliche Empfehlung, die Kita/Schule nicht zu besuchen Bitte Nachweis beifügen, oder: <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/> Unterschrift/Stempel der Kita/Schule	
Ich habe gegen meinen Arbeitgeber:		
<input type="checkbox"/> keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. <input type="checkbox"/> Anspruch auf Entgeltfortzahlung für _____ Tage.		
Ich bin Alleinerziehende(r): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes nicht übernehmen.		
Kinder-Krankengeld/-Verletztengeld habe ich für mein Kind in diesem Kalenderjahr		
<input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> für _____ Tage bezogen.		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; border-top: 1px solid black;"> Datum <hr style="width: 200px; border: none; border-bottom: 1px solid black;"/> Unterschrift <hr style="width: 200px; border: none; border-bottom: 1px solid black;"/> </div>		

Hinweis zum Datenschutz:
 Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Zahlung von Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V bzw. Verletztengeld bei Verletzung des Kindes nach § 45 SGB VII erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/plus/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK PLUS – Sternplatz 7 – 01067 Dresden, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@plus.aok.de.

Porto
zahlt die
AOK PLUS

Deutsche Post 
ANTWORT

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

01058 Dresden

