

Pflegeunterstützungsgeld

mit Pflegeunterstützungsgeld-Antrags-Formular

Was ist Pflegeunterstützungsgeld?

Wenn Sie in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder einen Minijob ausüben und kurzfristig Zeit für die Organisation und Sicherstellung der Pflege in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eines nahen Angehörigen benötigen, können Sie wegen einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung bis zu zehn Tage der Arbeit fernbleiben. Seit dem 1.1.2015 haben Sie für diese Zeit Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen, das Pflegeunterstützungsgeld.

In welcher Höhe wird Pflegeunterstützungsgeld gezahlt?

Das Pflegeunterstützungsgeld beträgt 90 % des tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt. Bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt in den vorangegangenen 12 Kalendermonaten vor der Freistellung beträgt der Lohnersatz 100 %.

Wie weise ich meinen Lohnausfall nach?

Für den Nachweis des ausgefallenen Arbeitsentgelts bitten wir, die diesem Antrag als Anlage beigefügte und von Ihrem Arbeitgeber ausgefüllte Entgeltbescheinigung vorzulegen. Die Entgeltbescheinigung kann auch nachgereicht werden.

Wie weise ich das Vorliegen einer akut aufgetretenen Pflegesituation nach?

Als Nachweis über die akut eingetretene Pflegesituation bitten wir, eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Diese können Sie direkt dem ausgefüllten Antrag beifügen, sie kann aber auch nachgereicht werden. Aus der Bescheinigung muss hervorgehen, dass eine akut eingetretene Pflegesituation vorliegt, in der die Organisation oder Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung des Pflegebedürftigen notwendig ist und voraussichtlich die Voraussetzungen für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI erfüllt sind.

Was versteht man unter einem „nahen Angehörigen“?

Der Personenkreis der nahen Angehörigen ist im Gesetz abschließend aufgeführt. Dazu gehören: Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Schwäger, Schwägerinnen, eigene Kinder oder Adoptiv- oder Pflegekinder oder die des Ehegatten oder Lebenspartners sowie die Schwiegerkinder und Enkelkinder

Pflegeversicherung**Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)**

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus und geben diesen anschließend an die Dienststelle der Knappschaft zurück.

Die Fragen in **Teil A** des Antrages dienen der Feststellung, ob die Voraussetzungen der Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes erfüllt sind.

Die Beantwortung der Fragen in **Teil B** ist erforderlich für die Festsetzung der von der Leistung zu zahlenden Beiträge.

Zur Feststellung, in welcher Höhe Pflegeunterstützungsgeld gezahlt werden kann, bitten wir, die beigefügte Entgeltbescheinigung vom Arbeitgeber ausfüllen zu lassen.

Weitere Informationen zum Pflegeunterstützungsgeld enthält das als Anlage beigefügte Informationsblatt sowie das Faltblatt [„Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit“](#).

Ihre Knappschaft

Kranken-/Pflegeversichertennummer:

Knappschaft

Name, Vorname der / des Versicherten:

Pflegeversicherung
Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)

Teil A

Hiermit beantrage ich Pflegeunterstützungsgeld, da ich für meinen unten genannten nahen Angehörigen aufgrund einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren bzw. die pflegerische Versorgung sicherstellen muss.

Angaben zur/zum Antragsteller/in	
	Name, Vorname _____ Anschrift _____ Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____
Für welchen Zeitraum werden/waren Sie von der Arbeit freigestellt?	vom _____ bis _____
Erhalten/Erhielten Sie in dieser Zeit Entgeltfortzahlung durch Ihren Arbeitsgeber?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Nein
Erhalten/Erhielten Sie in dieser Zeit Kranken- oder Verletzengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Nein
Eine Entgeltbescheinigung meines Arbeitgebers zur Berechnung der Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes	<input checked="" type="checkbox"/> habe ich beigelegt. <input type="checkbox"/> wird nachgereicht.

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Bei welchem nahen Angehörigen ist eine akute Pflegesituation aufgetreten? Bitte fügen Sie eine ärztliche Bescheinigung bei. Diese kann auch nachgereicht werden.	Name, Vorname _____ Anschrift _____ Geburtsdatum _____
--	--

In welcher Beziehung stehen Sie zu Ihrem Angehörigen?	<input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Bruder / Schwester <input type="checkbox"/> Großelternanteil <input type="checkbox"/> Schwager / Schwägerin <input type="checkbox"/> Schwiegerelternanteil <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Stiefelternanteil <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Kind, Adoptiv- oder Pflegekind des Ehegatten / Lebenspartners <input type="checkbox"/> Partner einer eheähnlichen / lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Schwiegerkind <input type="checkbox"/> Enkelkind
---	---

Hiermit bestätige ich, dass ich vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Kranken-/Pflegeversichertennummer:

Name, Vorname der / des Versicherten:

Teil B - Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht:	
Allgemeiner Teil	
Ich bin zur Berufsausbildung beschäftigt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin im Rahmen eines Minijobs beschäftigt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zur Rentenversicherung	
In den letzten 12 Monaten vor Beantragung des Pflegeunterstützungsgeldes wurden für mich Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt.	<input type="checkbox"/> ja letzter Pflichtbeitrag gezahlt für (Monat/Jahr)
Rentenversicherungsnummer: _____	<input type="checkbox"/> nein
Name des zuständigen Rentenversicherungsträgers: _____	
Hinweis: Bei Zeiten des Bezugs von Arbeitslosengeld II ab dem 1. Januar 2011 innerhalb des Zeitraums von 12 Monaten verlängert sich der Zeitraum um diese Zeiten des Bezuges von Arbeitslosengeld II. Informationen zur Versicherungspflicht und Antragspflichtversicherung können Sie dem beiliegenden Merkblatt entnehmen.	
Ich bin in der Rentenversicherung versicherungsfrei bzw. von der Versicherungspflicht befreit worden.	<input type="checkbox"/> ja, ab _____ (Datum) <input type="checkbox"/> nein
Ich bin Pflichtmitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Name des Versorgungswerks Mitgliedsnummer
Ich wünsche eine Beitragszahlung an die berufsständische Versorgungseinrichtung.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich wünsche gegebenenfalls die Durchführung einer Antragspflichtversicherung aufgrund des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld. (Auf die beiliegende Information weisen wir hin.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich habe freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. zur _____ (Rentenversicherungsträger)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja letzter freiwilliger Beitrag gezahlt für (Monat/Jahr)

Kranken-/Pflegeversichertennummer:

Knappschaft

Name, Vorname der / des Versicherten:

Entgeltbescheinigung

zur Berechnung des Pflegeunterstützungsgeldes

Name, Vorname Aktenzeichen (z.B. Personal-Nr.)

Zu pflegende Person

Name, Vorname Geburtsdatum Zuständige Pflegekasse **1 Angaben zum Arbeitsverhältnis**1.1 Das Arbeitsverhältnis wurde zum beendet.**2 Angaben zur Freistellung**

2.1 Wegen der Inanspruchnahme der Pflegezeit von der Arbeit freigestellt:

vom bis 2.2 Anzahl der Arbeitstage im Freistellungszeitraum

2.3 Für den unter 2.1 genannten Zeitraum ist der Anspruch auf bezahlte Freistellung

 ausgeschlossen durch Tarifvertrag Betriebsvereinbarung Arbeitsvertrag
gegeben für Arbeitstage

2.4 Der unter 2.3 angegebene Anspruch auf bezahlte Freistellung bestand

vom bis **3 Arbeitsentgelt**

3.1 Höhe des/der während der Freistellung ausgefallenen beitragspflichtigen Arbeitsentgelte/Heuer einschließlich ausgefallener Sachbezüge und lohnsteuerfreier, aber sozialversicherungspflichtiger Zuschläge nach Durchführung der Entgeltumwandlung. Dabei werden einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, Kindergeld sowie die Gleitzone Regelung nicht berücksichtigt.

brutto netto

3.2 Wurden in den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn der Freistellung beitragspflichtige
Einmalzahlungen gewährt?

Ja

Nein

Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers