

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

Daten des betreuenden Elternteils

Name, Vorname:

Versichertennummer:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Daten des Kindes

Name, Vorname:

Versichertennummer:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Zeitraum der Betreuung

Vom _____ bis einschließlich _____ für folgende Tage _____

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Die Kita/Schule ¹ wurde von der zuständigen Behörde geschlossen. | <input type="checkbox"/> Die Präsenzpflicht in der Schule wurde aufgehoben. |
| <input type="checkbox"/> Das Betreten der Kita/Schule ¹ wurde untersagt (z. B. bei Quarantäne). | <input type="checkbox"/> Der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot wurde eingeschränkt (z. B. bei Notbetreuung). |
| <input type="checkbox"/> Die Betriebs- oder Schulferien wurden angeordnet oder verlängert. | <input type="checkbox"/> Es liegt eine behördliche Empfehlung vor, die Kita ¹ nicht zu besuchen. |
- Nachweis ist beigefügt: ja nein

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

für _____ Tage (vom _____ bis _____) bezogen. nicht bezogen.

Ich bin Alleinerziehende(r): ja nein

Ich habe einen Antrag auf eine vergleichbare Leistung für den gleichen Zeitraum gestellt:

ja, Entschädigungsleistung nach § 56 Abs. 1a IfSG ja, Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 Satz 1 SGB XI nein

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber(in)

IBAN

Geldinstitut

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 Einrichtungen für Menschen mit Behinderung.