vividabkk
Ihre Krankenkasse

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

1. Daten des betreuenden Elternteils

Vorname Name:

Versichertennummer: Geburtsdatum:

2. Daten des Kindes

Vorname Name:

Versichertennummer: Geburtsdatum:

Krankenkasse:

3. Zeitraum der Betreuung

Vom: Bis einschließlich:

Für folgende Tage:

4. Grund der Betreuung des Kindes (Zutreffendes ankreuzen und – **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.

Ich bin Alleinerziehende(r) ☐ ja / ☐ nein

Ich beziehe aktuell Kurzarbeitergeld ☐ 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.

4901321a

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