

Versicherungsnummer



## Erklärung der Versicherten / des Versicherten

# CA0512

Diese Erklärung ist wenige Tage vor Beginn der Leistung zur onkologischen Rehabilitation (Rehabilitationsleistung) auszufüllen und Ihrer Arbeitsgemeinschaft zu übersenden. Die Ziffern 2 und 4 bis 6 werden im **Formular CA0510** - Wichtige Informationen zum Übergangsgeld erläutert.

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke - erforderlich im Zusammenhang mit der Übergangsgeldzahlung	

### 1 Leistung zur medizinischen Rehabilitation / onkologische Nachsorgeleistung

Beginn der Rehabilitationsleistung am: \_\_\_\_\_

### 2 Angaben zum Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung

**versicherungspflichtig beschäftigt** und das Entgelt wird nicht für die gesamte Dauer der Rehabilitationsleistung gezahlt. Die **Formulare CA0513** - Hinweise für den Arbeitgeber, **CA0514** - Erläuterungen zur Entgeltbescheinigung für den Arbeitgeber, **CA0515** - Entgeltbescheinigung zur Berechnung von Übergangsgeld und **CA0518** - Bescheinigung der Krankenkasse sind dem Arbeitgeber vorzulegen.

Ich stehe / stand zuletzt in einem Beschäftigungsverhältnis mit einem **Arbeitsentgelt im Übergangsbereich** (beziehungsweise bis 30.06.2019 innerhalb der Gleitzone).

nein     ja

Falls das Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone lag: Ich hatte auf die Beitragsminderung in der Rentenversicherung verzichtet.

nein     ja

**arbeitsunfähig krank** seit: \_\_\_\_\_

und beziehe **Entgeltfortzahlung** vom Arbeitgeber. Die **Formulare CA0513, CA0514 und CA0515** sind dem Arbeitgeber und **Formular CA0518** der gesetzlichen Krankenkasse vorzulegen.

und beziehe **Krankengeld als Pflichtversicherter** in der gesetzlichen Krankenversicherung. **Formular CA0518** ist der Krankenkasse vorzulegen. Die **Formulare CA0513, CA0514 und CA0515** sind **nicht** dem Arbeitgeber vorzulegen.

und beziehe **Krankengeld als freiwillig Versicherter** von der gesetzlichen Krankenversicherung oder von einem privaten Versicherungsunternehmen. Die **Formulare CA0513, CA0514 und CA0515** sind dem Arbeitgeber vorzulegen, **Formular CA0518** ist der gesetzlichen Krankenkasse vorzulegen.

und beziehe **Verletztengeld** von \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer
---------------------

noch Ziffer 2

<input type="checkbox"/> und erhalte <b>Sachbezüge</b> bis _____ in Höhe von	monatlicher Betrag brutto
	monatlicher Betrag netto

Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung

**arbeitslos / arbeitsuchend** seit: \_\_\_\_\_

und erhalte **Arbeitslosengeld**. Den Beginn der Rehabilitationsleistung habe ich der Agentur für Arbeit mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid und Aufhebungsbescheid füge ich bei.

und erhalte **kein Arbeitslosengeld** von der Agentur für Arbeit (zum Beispiel wegen Sperrzeit). Die Mitteilung über das Ruhen der Leistung füge ich bei.

und erhalte **Arbeitslosengeld II**. Den Beginn der Rehabilitationsleistung habe ich der auszahlenden Stelle mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid füge ich bei.

und erhalte wegen fehlender Bedürftigkeit **kein Arbeitslosengeld II**.

**arbeitsunfähig** krank seit \_\_\_\_\_ ausgesteuert seit \_\_\_\_\_ und beziehe **Arbeitslosengeld. Formular CA0518** ist der Krankenkasse vorzulegen.

**selbständig erwerbstätig**.  
Für das letzte Kalenderjahr wurden **Beiträge** zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt.

nein  ja

Mein Betrieb / Gewerbe ist zu Beginn der Rehabilitationsleistung beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit angemeldet.

nein  ja

Ich bin freiberuflich tätig.

nein  ja

In meinem Betrieb / Gewerbe sind weitere Personen beschäftigt.

nein  ja

<input type="checkbox"/> Ich gehöre <b>nicht</b> zu den vorstehend genannten Personenkreisen.	Ich bin (zum Beispiel Hausfrau)
---	---------------------------------

### 3 Versicherungspflicht zur Rentenversicherung, Krankenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung während des Bezuges von Übergangsgeld

Ergibt die Prüfung, dass für die Dauer des Bezuges von Übergangsgeld keine Versicherungspflicht <b>in der Rentenversicherung</b> kraft Gesetzes besteht, beantrage ich hiermit die Versicherungspflicht. Falls nicht gewünscht, bitte vorstehenden Text streichen.
---

Versicherungsnummer
---------------------

noch Ziffer 3

Ich bin Mitglied der

gesetzlichen Krankenkasse und bin

pflichtversichert.

freiwillig versichert mit Krankengeldanspruch.

freiwillig versichert ohne Krankengeldanspruch.

familienversichert.

Name der Krankenkasse

---

privaten Krankenversicherung.

---

Ich habe mich bei der Agentur für Arbeit in der Arbeitslosenversicherung auf Antrag selbst versichert (Antragspflichtversicherung nach § 28a Drittes Buch Sozialgesetzbuch).

nein     ja, als     Pflegeperson     Selbständiger beziehungsweise     Auslandsbeschäftigter

Beginn der Versicherungspflicht: \_\_\_\_\_

Die Versicherungspflicht dauert bis zum Beginn der Rehabilitationsleistung an.

**4 Angaben zu Kindern**

**4.1 Zur Feststellung der Höhe des Übergangsgeldes**

Ich habe

kein Kind.

ein leibliches Kind / Adoptivkind.     ein Pflegekind / Stiefkind und lebe mit ihm in häuslicher Gemeinschaft.

Name, Vorname des jüngsten Kindes

Geburtsdatum

---

Für mein Kind / eines meiner Kinder besteht ein Anspruch auf Kindergeld, unabhängig davon, wo das Kind lebt und wer das Kindergeld erhält.

nein     ja

Falls ja,

Zahlstelle

Aktenzeichen

---

Voraussichtliches Ende des Kindergeldanspruches

---

Bei volljährigen Kindern bitte Nachweis über den Anspruch auf Kindergeld beifügen.

---

**4.2 Zur Feststellung des Beitrags in der gesetzlichen Pflegeversicherung**

Ich habe / hatte ein Kind (unabhängig vom Alter und Kindergeldanspruch). Bitte geeigneten **Nachweis** beifügen.

Versicherungsnummer
---------------------

## 5 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Ich lebe mit meinem Ehegatten / Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes in häuslicher Gemeinschaft.
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Weil ich pflegebedürftig bin, kann mein Ehegatte / Lebenspartner eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben. Bitte entsprechende Nachweise beifügen.
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mein Ehegatte / Lebenspartner bedarf selbst der Pflege. Bitte entsprechende Nachweise beifügen.
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mein Ehegatte / Lebenspartner hat Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung.
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

## 6 Angaben zum Bezug einer Verletztenrente

Ich beziehe Verletztenrente der gesetzlichen Unfallversicherung
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen.

## 7 Überweisung des Übergangsgeldes

Bitte geben Sie unbedingt Ihre Bankverbindung an.

IBAN (International Bank Account Number)	
<b>D E</b>	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

## 8 Erklärung

Ich versichere, alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Mir ist bekannt, dass falsche oder unterlassene Angaben strafrechtliche Folgen nach sich ziehen können. Ich verpflichte mich, der Arbeitsgemeinschaft jede Änderung meiner Angaben ohne Aufforderung unverzüglich mitzuteilen.	
Ort, Datum	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten