

Versicherungsnummer



## Erklärung der Versicherten / des Versicherten

# CA0512

Diese Erklärung ist wenige Tage vor Beginn der Leistung zur medizinischen 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

<p>Ich habe ein weiteres Beschäftigungsverhältnis beziehungsweise weitere versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse oder bin außerdem rentenversicherter Selbständiger</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls ja, bitte zusätzlich das Formular CA0522 für jedes zusätzliche Versicherungsverhältnis ausfüllen.</p>
--

<p>Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung</p> <p><input type="checkbox"/> <b>versicherungspflichtig beschäftigt</b> und das Entgelt wird nicht für die gesamte Dauer der Rehabilitationsleistung gezahlt. Die <b>Formulare CA0513</b> - Hinweise für den Arbeitgeber, <b>CA0514</b> - Erläuterungen zur Entgeltbescheinigung für den Arbeitgeber, <b>CA0515</b> - Entgeltbescheinigung zur Berechnung von Übergangsgeld und <b>CA0518</b> - Bescheinigung der Krankenkasse sind dem Arbeitgeber vorzulegen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich stehe / stand zuletzt in einem Beschäftigungsverhältnis mit einem <b>Arbeitsentgelt im Übergangsbereich</b> (beziehungsweise bis 30.06.2019 innerhalb der Gleitzone).</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls das Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone lag: Ich hatte auf die Beitragsminderung in der Rentenversicherung verzichtet.</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> <b>arbeitsunfähig krank</b> seit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> und beziehe <b>Entgeltfortzahlung</b> vom Arbeitgeber. Die <b>Formulare CA0513, CA0514 und CA0515</b> sind dem Arbeitgeber und <b>Formular CA0518</b> der gesetzlichen Krankenkasse vorzulegen.</p> <p><input type="checkbox"/> und beziehe <b>Krankengeld als Pflichtversicherter</b> in der gesetzlichen Krankenversicherung. <b>Formular CA0518</b> ist der Krankenkasse vorzulegen. Die <b>Formulare CA0513, CA0514 und CA0515</b> sind <b>nicht</b> dem Arbeitgeber vorzulegen.</p>
--



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

### 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 **in der Rentenversicherung** kraft Gesetzes besteht, beantrage ich hiermit die Versicherungspflicht.  
 Falls nicht gewünscht, bitte vorstehenden Text streichen.

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.

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

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

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

#### 5 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Ich lebe mit meinem Ehegatten / Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes in häuslicher Gemeinschaft.

nein  ja

Weil ich pflegebedürftig bin, kann mein Ehegatte / Lebenspartner eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben. Bitte entsprechende Nachweise beifügen.

nein  ja

Mein Ehegatte / Lebenspartner bedarf selbst der Pflege. Bitte entsprechende Nachweise beifügen.

nein  ja

Mein Ehegatte / Lebenspartner hat Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung.

nein  ja

#### 6 Angaben zum Bezug einer Verletztenrente

Ich beziehe Verletztenrente der gesetzlichen Unfallversicherung

nein  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