



Landeshauptstadt München
Personal- und Organisationsreferat
Abteilung 4
Personalleistungen
Balanstr. 55
81541 München

Diese Erklärung ist abzugeben, wenn ein monatlicher Zuschuss gewährt werden soll
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGB V und/oder
 zum Pflegeversicherungsbeitrag nach § 61 SGB XI

Achtung:

Sollten Sie von einer **gesetzlichen** Krankenversicherung in eine **private** Krankenversicherung wechseln wollen und waren bisher dem Grunde nach beihilfeberechtigt, setzen Sie sich bitte vor Abgabe dieser Erklärung mit der Beihilfenstelle, POR, P 4.3 in Verbindung.

1	Angaben zur Person		Bitte vollständig ausfüllen!	
	Name, Vorname		Buchh.-	Personalnummer
	Dienststelle		Geburtsdatum	Ruf-Nr.
2	Angaben zu den Familienangehörigen			
2.1	Ehegattin/Ehegatte ¹⁾ (Name, Vorname)			
2.2	Kinder ²⁾ (Name, Vorname)	Geburtsdatum		
	¹⁾ oder Lebenspartnerin/Lebenspartner			
	²⁾ Zu den Kindern gehören: (vgl. auch § 10 Abs. 4 SGB V) eheliche Kinder; für ehelich erklärte Kinder; angenommene Kinder; nichteheliche Kinder eines männlichen Beschäftigten, wenn seine Vaterschaft festgestellt ist; nichteheliche Kinder eines Beschäftigten; Kind der Ehegattin/ des Ehegatten und Enkel, wenn sie von dem/der Beschäftigten überwiegend unterhalten werden; Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des/der Annehmenden.			
2.3	Nur ausfüllen für Familienangehörige, die <i>nicht</i> im Haushalt des/der Berechtigten leben: (Im Ausland lebende Angehörige sind vom Zuschuss ausgeschlossen.)			
	Name, Vorname	Straße, Haus-Nr.	Ort	

P4E - E401 -01/20

3	Einkommensverhältnisse der Familienangehörigen	
3.1	Meine nachfolgend aufgeführte Ehegattin (Lebenspartnerin)/mein aufgeführter Ehegatte (Lebenspartner) bzw. mein (meine) Kind(er) hat/haben ein Gesamteinkommen ^{*)} , das regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet.	
	Art des Einkommens	
	Ehegatte (Lebenspartner)	_____
	Kinder (Vorname)	_____
	_____	_____
	_____	_____
3.2	Nur ausfüllen, wenn unter Nummer 3.1 mindestens ein mit der Ehegattin/dem Ehegatten ¹⁾ verwandtes Kind aufgeführt ist:	
	Das Gesamteinkommen ^{*)} meiner Ehegattin/meines Ehegatten ¹⁾ ist regelmäßig höher als mein Gesamteinkommen^{*)} <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Dadurch sind ggf. Kinder nicht beim Antragsteller zuschussberechtigt.)	
	^{*)} „Gesamteinkommen“ ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts (vgl. § 16 SGB IV). Hierzu zählen insbesondere: Arbeitsentgelt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Einkünfte aus Kapitalvermögen (z.B. Zinsen), Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Betriebsrenten, Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (nur Ertragsanteile), Renten aus einer Lebensversicherung oder Zusatzversorgungskasse, Beamtenpensionen, Witwengelder. Bitte machen Sie ggf. genaue Angaben.	
4.	Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei:	
4.1	Wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 257 SGB V	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
4.2	Wegen Befreiung, und zwar	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
	- nach § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB V durch Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
	- nach § 8 Abs. 1 Nr. 2a SGB V durch Herabsetzung der Wochenarbeitszeit während der Pflegezeit nach §3 des Pflegezeitgesetzes.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
	- § 8 Abs. 1 Nr. 3 SGB V durch Herabsetzung der Arbeitszeit auf mindestens der Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit Falls ja, bitte den Bescheid zur zuständigen Krankenkasse beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
4.3	- Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe (Heilfürsorge):	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	- Mir sind Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge bewilligt und ich habe Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	- Ich habe Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder ähnliche Bezüge und daneben habe ich Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt/bewilligt erhalten:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	- Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei, weil ein Befreiungstatbestand des § 172 RVO oder ein anderer Befreiungstatbestand gegeben war: (Versicherungsfreiheit nach § 7 SGB V bleibt außer Betracht.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher? _____
	Die Zahlung eines Zuschusses ist in diesen Fall nicht möglich.	
5.	Angaben zum Versicherungsverhältnis:	
5.1	Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig versichert , und zwar bei (Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse, See-Krankenkasse, Bundesknappschaft, oder als landwirtschaftlicher Unternehmer nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG in einer landwirtschaftlichen Krankenkasse)	
	in _____	
	Meine Pflegeversicherung besteht bei der gesetzlichen Pflegekasse dieser Krankenkasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

5.2	<p>Ich bin – mit meinen unter Nummer 2 aufgeführten Angehörigen – privat krankenversichert und/oder privat pflegeversichert bei folgendem/folgenden Versicherungsunternehmen:</p> <p>Name und Anschrift des Versicherungsunternehmens/der Versicherungsunternehmen</p>
	in
	<p>Die Zahlung des Zuschusses ist nur möglich, wenn sich der private Versicherungsschutz auch auf die Angehörigen erstreckt, die nicht selbst bei einer gesetzlichen Krankenkasse als Pflichtmitglied oder als freiwilliges Mitglied versichert sind.</p>
5.3	<p><input type="checkbox"/> Die private Krankenversicherung bestand im Dezember 2002.</p> <p><input type="checkbox"/> Die private Krankenversicherung hat erst nach dem 31.12.2002 begonnen.</p>
5.4	<p>Ich zahle für mich/meine Angehörigen für diese Versicherung(en) einen monatlichen Versicherungsbeitrag in Höhe von _____ € seit _____</p>
	<p>Zu Nummer 5.1 bis 5.4:</p> <p>Bescheinigung(en) der Kranken-/Pflegeversicherung(en) über die versicherten Personen, die Höhe des von mir gezahlten Beitrages (ggf. aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten) und über die Art der mir und meinen Angehörigen zustehenden Versicherungsleistungen füge ich bei.</p> <p>Ohne Bescheinigung kann kein Zuschuss gezahlt werden!</p>
6.	<p>Nur ausfüllen, wenn Angehörige nicht zusammen mit Ihnen, sondern auf Grund eigenen Rechts versichert sind:</p>
	<p>Meine Ehegattin/mein Ehegatte¹⁾/mein(e) Kind(er) ist/sind</p> <p>- in der gesetzlichen Krankenversicherung</p> <p>pflichtversichert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____</p> <p>freiwillig versichert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____</p> <p>- bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____</p>
6.1	<p><input type="checkbox"/> ohne eigenes Beschäftigungsverhältnis *)</p>
6.2	<p><input type="checkbox"/> auf Grund sonstigen Rechts (z.B. als Studentin/Student oder Praktikantin/Praktikant) *)</p> <p>*) Die Berücksichtigung von Angehörigen bei der Zahlung des Zuschusses ist nur in diesen Fällen möglich.</p>
6.3	<p><input type="checkbox"/> auf Grund eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses</p>
6.4	<p><input type="checkbox"/> als Empfängerin/Empfänger einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung</p>
	<p>Falls Ziff. 6.1 oder 6.2 zutrifft:</p> <p>Der monatliche Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung(en) für meine Ehegattin/meinem Ehegatten¹⁾, mein(e) Kind(er) beträgt _____ € seit _____</p> <p>zu Nummer 6.1 bis 6.4:</p> <p>Bescheinigungen der Kranken-/Pflegeversicherung(en) über die versicherten Personen, die Höhe des von mir gezahlten Beitrages (aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten) und über die Art der meiner Ehegattin/meinem Ehegatten¹⁾/meinem Kind/meinen Kindern zustehenden Versicherungsleistungen füge ich bei.</p>
<p>Mir ist bekannt, dass ich Änderungen (z.B. Höhe der Versicherungsbeiträge, Ausscheiden aus der Versicherung, Wechsel der Versicherung u.ä.) in den von mir angegebenen Versicherungen, die bei der Bemessung des Zuschusses berücksichtigt worden sind, unverzüglich anzuzeigen habe.</p>	

Ort, Datum

Unterschrift

Vermerke des POR, P 4		
1. Die Zahl der Unterhaltsberechtigten und krankenversicherten Angehörigen wurde geprüft:		
2. Die als Nachweis vorgelegten Bescheinigungen wurden geprüft:		
3. Der Beitrag nach 5.4 beträgt mtl.:	Euro	Cent
4. Der Beitrag nach 6. beträgt mtl.:		
5. Somit zu zahlender mtl. Zuschuss ab: _____		
6. Durchgeführt im Zahltag: _____	Sachbearbeiter/in	Teamleiter/in
7. Bemerkungen:		

Datenschutzhinweise nach Art. 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Landeshauptstadt München, 80313 München (E-Mail: personal@muenchen.de). Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Ihre diesbezüglichen Rechte finden Sie im Internet unter <https://www.muenchen.de/mitarbeiterservice>. Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch unter den obigen Kontaktdaten. Unsere behördliche Datenschutzbeauftragte können Sie unter Sendlinger Str. 1, 80331 München (E-Mail: datenschutz@muenchen.de) kontaktieren.