



**Anlage Sozialversicherung der Bezieherinnen und Bezieher von
Leistungen nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II)
(Anlage SV)**

1. Persönliche Daten der antragstellenden Person		Eingangsstempel:
Aktenzeichen (falls vorhanden)		
Familienname	Vorname	Geburtsdatum

2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf folgende Person in der Bedarfsgemeinschaft	
Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht
Steuerliche Identifikationsnummer	
► Die steuerliche Identifikationsnummer wird abgefragt, weil die vom Jobcenter gezahlten Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Finanzverwaltung zu melden sind (§ 10 Absatz 4b Satz 4 bis 6 Einkommensteuergesetz).	

3. Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung	
☐ Ich beantrage einen Zuschuss zu den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung.	
Name der Krankenkasse	Krankenversichertennummer / Versicherungsnummer
Name der versicherten Person	
Geldinstitut der Krankenkasse	
IBAN des Kontos der Krankenkasse	
Monatliche Höhe des Krankenversicherungsbeitrags in Euro	Monatliche Höhe des Pflegeversicherungsbeitrags in Euro
Monatliche Höhe des Beitrags im Basistarif in Euro (nur bei privater Versicherung)	
► Bitte legen Sie als Nachweis den aktuellen Bescheid über die Höhe des monatlichen Beitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung vor sowie bei privater Versicherung einen Nachweis über den Beitrag, den Sie im Basistarif zahlen würden.	

4. Kranken- und Pflegeversicherung, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Leistungen nach dem SGB II keine Versicherung besteht

- Bitte füllen Sie den nachfolgenden Abschnitt nur aus, wenn für Sie oder die weitere Person **zurzeit weder eine gesetzliche Pflicht- oder Familienversicherung noch eine freiwillige oder private Kranken- und Pflegeversicherung** besteht.
- Wenn eine der vorgenannten Voraussetzungen auf Sie oder die weitere Person zutrifft, besteht für die betroffene Person keine Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung aufgrund des Bezugs von Leistungen nach dem SGB II. Sie können jedoch unter Abschnitt 3 einen Zuschuss beantragen, wenn Sie oder die weitere Person sich selbst privat oder freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern.
- Wenn die vorgenannten Voraussetzungen auf Sie oder die weitere Person nicht zutreffen, tritt grundsätzlich die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Leistungen nach dem SGB II ein. Wählen Sie bitte eine gesetzliche Krankenkasse und legen Sie innerhalb von zwei Wochen die Mitgliedsbescheinigung vor.

- ☐ Die unter 2. angegebene Person war zuletzt gesetzlich krankenversichert bei _____
- ☐ Die unter 2. angegebene Person war zuletzt privat krankenversichert bei _____
- ☐ Die unter 2. angegebene Person ist oder war zuletzt
- hauptberuflich selbständig tätig **oder**
 - nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen im Krankheitsfall abgesichert beziehungsweise beihilfeberechtigt (zum Beispiel Beamtinnen und Beamte, Soldatinnen und Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldatinnen und Berufssoldaten).
- ☐ Die unter 2. angegebene Person hat das 55. Lebensjahr vollendet **und** war in den letzten **fünf Jahren** vor dem Bezug von Leistungen nach dem SGB II **nicht** gesetzlich versichert **und** war für **mindestens zweieinhalb Jahre**
- **versicherungsfrei** oder
 - von der **Versicherungspflicht befreit** oder
 - **nicht versicherungspflichtig** wegen der Ausübung einer hauptberuflichen selbständigen Tätigkeit.

- ☐ Ich habe das Merkblatt "Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen der Kranken- und Pflegeversicherung (§ 26 SGB II)" erhalten und kenne dessen Inhalt.
Ich bin über mein Wechselrecht in den Basistarif informiert. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich, wenn ich in einem Kranken- und Pflegeversicherungstarif mit Selbstbehalt versichert bin und in diesem verbleibe, Selbstbehalte selbst tragen muss und mir hierdurch finanzielle Belastungen entstehen können.
Ich bin darüber informiert, dass ich als privat kranken- und pflegeversicherte Person den Beitragsanteil, der über dem halbierten Beitrag im Basistarif liegt, selbst tragen muss, wenn ich von der Möglichkeit des Wechsels in den Basistarif keinen Gebrauch mache.

Ort/Datum

Unterschrift der versicherten Person
(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

- ☐ Ich habe das "Merkblatt für Leistungsberechtigte ohne Kranken- und Pflegeversicherung" gelesen und bin über die gesetzliche Verpflichtung, mich gegen das Risiko der Krankheit und Pflege zu versichern, sowie über die Folgen einer Nichtversicherung informiert.

Ort/Datum

Unterschrift der nichtversicherten Person
(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

Hinweis zum Datenschutz

Ihre Angaben unterliegen dem Sozialdatenschutz und werden aufgrund der §§ 60 - 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben.

Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter <https://www.landkreis-ludwigsburg.de/datenschutz/>.

Ich bestätige, dass die Angaben vollständig und richtig sind.

Ort/Datum

Unterschrift antragstellende Person
(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

Ort/Datum

Unterschrift Betreuerin/Betreuer/Vormund