

# Fragen zur Krankenversicherung

sowie Angaben zur Erwerbsbiografie  
und zum Versicherungsverlauf

## Zum Grundantrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

### Angaben zur eigenen Person

<b>Name:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Vorname:</b>		<b>Wohnanschrift:</b>	
<b>aktueller Personenstand:</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden			
<b>Staatsangehörigkeit</b>			
<input type="checkbox"/> deutsch, weiter mit 1.		<input type="checkbox"/> Nicht-EU -> welches Land? _____	
<input type="checkbox"/> EU -> welches Land? _____		Mir wurde eine Aufenthaltserlaubnis nach § _____ AufenthG für den Zeitraum ____.____.____ bis _____.____.____ erteilt.	
<input type="checkbox"/> ich war in meinem Heimatland hauptberuflich selbständig tätig.			
<input type="checkbox"/> ich war in meinem Heimatland im Staatsdienst beschäftigt (Polizei, Militär, Lehrer, Beamter).			

*Die Absicherung im Krankheitsfall ist ein hohes Gut.*

*Allerdings besteht eine große **Gefahr**, dass beim Wechsel zwischen den verschiedenen sozialen Leistungsgesetzen/Leistungssystemen diese **Absicherung verloren** geht.*

*Um dies zu **verhindern**, dazu dient dieser Fragebogen.*

**Es sind alle Fragen zu beantworten.**

### 1. Eheschließungen:

nie, weiter mit 3.                       ja, weiter mit 2.

### 2. Geschlossene Ehen / Lebenspartnerschaften:

von / seit	bis	Name Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in

weiter mit 3.

# Fragen zur Krankenversicherung

sowie Angaben zur Erwerbsbiografie  
und zum Versicherungsverlauf

### 3. Besteht eine Krankenversicherung:

- nein, weiter mit 8.  ja, weiter mit 4.

### 4. Ich bin bei folgender Krankenversicherung versichert:

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| <u>Krankenkasse:</u>                          | <u>Versicherungsnummer:</u> |
| <input type="checkbox"/> AOK<br>Niedersachsen | _____                       |
| <input type="checkbox"/> BARMER-GEK           | _____                       |
| <input type="checkbox"/> DAK                  | _____                       |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____      | _____                       |

weiter mit 5.

### 5. Ich bin bei der genannten Krankenkasse

- als Mitglied versichert. *Woraus ist diese Versicherung entstanden (z. B. Arbeitsverhältnis, ALG I, ALG II, Rente etc.)?*

weiter mit 7.

- freiwillig versichert (die Krankenkasse fordert monatlich Beiträge), weiter mit 6.  
 familienversichert oder über eine andere Person versichert, weiter mit 6.

### 6. Bei freiwilliger Versicherung und Familienversicherung:

- Ich bin selbst versichert  
 Ich bin über meinen Ehe-/ Lebenspartner versichert  
 Ich bin über meine Eltern versichert  
 Ich bin über eine andere Person versichert: \_\_\_\_\_,

weiter mit 7.

### 7. Bestehen Beitragsrückstände bei der Krankenkasse?

- nein, weiter mit 8.  ja, weiter mit 8.

### 8. Wechsel der Krankenkasse seit meinem 18. Lebensjahr?

- nein, weiter mit 10.  ja, weiter mit 9.

### 9. Ich war seit meinem 18. Lebensjahr bei folgenden Krankenkassen versichert:

von	bis	Krankenkasse

weiter mit 10. Sollte der Platz nicht ausreichen bitte ein gesondertes Blatt verwenden.

# Fragen zur Krankenversicherung

sowie Angaben zur Erwerbsbiografie  
und zum Versicherungsverlauf

## 10. Ich habe

- kein Erwerbseinkommen, weiter mit 12.
- ein Erwerbseinkommen, weiter mit 11.
- eine Rente, monatlich \_\_\_\_\_ EUR, weiter mit 12.
- Wohngeld, monatlich \_\_\_\_\_ EUR, weiter mit 12.
- sonstiges Einkommen, monatlich \_\_\_\_\_ EUR.
- ↪ Art des Einkommens: \_\_\_\_\_, weiter mit 11.

## 11. Mein Einkommen (siehe Punkt 10) beträgt

- wöchentlich    monatlich    im Quartal    im Jahr   \_\_\_\_\_ EUR
  - wöchentlich    monatlich    im Quartal    im Jahr   \_\_\_\_\_ EUR
  - wöchentlich    monatlich    im Quartal    im Jahr   \_\_\_\_\_ EUR
- weiter mit 12.

## 12. Kinder?

- nein, weiter mit 14
- ja, weiter mit 13.

## 13. Name und Geburtsdatum der Kinder (auch der Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder):

	Name	Geburtsdatum		Name	Geburtsdatum
1			4		
2			5		
3			6		

## 14. Es besteht eine Behinderung?

- nein,
- ja, weiter mit 15.

## 15. Feststellung der Behinderung?

- Es wurde eine Behinderung lt. Feststellungsbescheid vom \_\_\_\_\_ mit GdB \_\_\_\_\_ festgestellt.
- Es wurde am \_\_\_\_\_ ein Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderung gestellt.
- Es soll ein Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderung gestellt werden.

## 16. Bei Inhaftierung

Ich war unmittelbar vor der Inhaftierung

- als Mitglied versichert
- familienversichert
- freiwillig versichert
- privat versichert

# Fragen zur Krankenversicherung

sowie Angaben zur Erwerbsbiografie  
und zum Versicherungsverlauf

## 17. Angaben über die Eltern zur Feststellung des Versicherungsstatus:

Name, Vorname des Vaters	Geburtsdatum	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)

Name, Vorname der Mutter	Geburtsdatum	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)

### Bitte ankreuzen

- Mir ist bekannt, dass diese Angaben zur Prüfung meiner Absicherung im Krankheitsfall erforderlich sind.
- Ich versichere, dass alle Fragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet wurden.
- Ich habe einen lückenlose/n, tabellarische/n Lebenslauf/Erwerbsbiografie beigefügt.
- Ich habe den aktuellen Rentenversicherungsverlauf beigefügt.
- Zur Überprüfung meiner vorstehenden Angaben sowie zur Erhebung weiterer entscheidungserheblicher Daten zur **Prüfung eines evtl. Anspruchs auf Hilfen zur Gesundheit nach dem SGB XII bzw. Leistungen bei Krankheit nach dem AsylbLG** und zum Ausschluss einer anderweitigen vorrangigen Absicherung für den Krankheits- und/oder Pflegefall ermächtige ich hiermit die zuständigen Sachbearbeiter des Sozialamtes der **Wählen Sie ein Element aus.** bzw. der Region Hannover, Fachbereich Soziales, unmittelbar bei anderen Sozialleistungsträgern (z. B. Krankenkassen, Rententräger, Jobcenter, Arbeitsagentur, Sozial- und Jugendämtern), früheren Arbeitgebern oder sonstigen Stellen \_\_\_\_\_ anzufragen und notwendige Informationen, Nachweise, sonstige Unterlagen einzuholen. Die vorgenannten Stellen und ihre Bediensteten entbinde ich insoweit von ihren jeweiligen Schweigepflichten bzw. datenschutzrechtlichen Einschränkungen und bitte sie um Übermittlung der erbetenen Daten an das Sozialamt der **Wählen Sie ein Element aus.** bzw. den Fachbereich Soziales der Region Hannover.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlichen Vertreters