

bestimmt für Einträge der Sozialversicherung

**ANTRAG AUF PFLEGEGELD**

**(der während der Krisensituation geltend gemachte Anspruch)**

**Versicherungsnehmer, der den Anspruch auf Pflegegeld geltend macht:**

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname, Name:  |  |
| Geburtsdatum: |  | Geburtsnummer: |  |
| Adresse: |  |
| Telefon Nummer (optional): |  |
| E-Mail (optional): |  |

**Das Versicherungsverhältnis**, von dem ich den Behandlungsgeldanspruch geltend mache (falls mehrere, bitte alle anführen):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] | Arbeitnehmer\* |  |
|  | (den Namen des Arbeitgebers/ der Arbeitgeber anführen) |
| [ ] | Pflichtig krankenversicherte gewerbetreibende Person\* |
| [ ] | Freiwillig krankenversicherte Person\* |

**Ich mache den Anspruch auf Pflegegeld von  aus dem Grund der Leistung der persönlichen und ganztägigen Pflege/persönlichen und ganztätigen Behandlung geltend:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]\* | **des gesunden Kindes bis 11. Jahresalter (10 Jahre + 364 Tage)**  | [ ]\* | **oder des Kindes**   |
| **bis 18. Jahresalter mit langfristig ungünstigem Gesundheitszustand (17 Jahre + 364 Tage)**  |
| Vorname, Name |  | Geburtsname |  |
| Geburtsdatum |  | , das |
|  | [ ] \* in der Kindertagestätte / im Kindergarten [ ] \* nicht in der Kindertagestätte, im Kindergarten eingetragen ist |
|  | [ ] \* der Schüler/ [ ] \* nicht der Schüler der Schule ist |
|  |  |
| Wenn ja, führen Sie den Namen und Adresse der Kindertagestätte, des Kindergartens oder der Schule an |

Wenn ich das Behandlungsgeld auf das Kind vom erreichten 11. Jahresalter, bis Erreichen des 18. Jahresalters mit **langfristig ungünstigem Gesundheitszustand** beantrage:

[ ] \**füge ich die Kopie der Entscheidung der zuständigen Behörde für Arbeit, Sozialsachen und Familie über den langfristig ungünstigen Gesundheitszustand des Kindes oder über die schwere Gesundheitsbehinderung des Kindes in der Anlage bei*

[ ] \**Es wurde für das Kind keine Entscheidung der zuständigen Behörde für Arbeit, Sozialsachen und Familie über den langfristig ungünstigen Gesundheitszustand oder über die schwere Gesundheitsbehinderung ausgestellt und deshalb beantrage ich die Beurteilung des langfristig ungünstigen Gesundheitszustandes des Kinders von dem Vertrauensarzt der Sozialversicherungsanstalt*

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] \* | **des Verwandten in der direkten Reihe** (*Elternteil, Kind, Großelternteil, Enkelkind, Urelternteil, Urenkelkind*)**, Geschwister, Ehemannes, Ehefrau oder des Elternteils des Ehemannes oder der Ehefrau** |
| Vorname, Name |  |  Geb. Nummer  |  |
| Geburtsdatum |  | , welcher die Anlage der Sozialdienstleistungen |
| nicht besuchen kann, in der ihm die Sozialdienstleistung in Ambulanzform oder Aufenthaltsform geleistet wird, da diese Anlage bei der Krisensituation geschlossen oder dort eine Quarantänemaßnahme (bitte die geeignete Familienbeziehung unterstreichen) verordnet wurde.  |
|  |
| (Name und Adresse der geschlossenen Anlage) |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] \* | **des kranken Kindes bis Erreichen des 16. Jahresalters (15 Jahre + 364 Tage)**  |
| Name, Familienname  |  | , Geb. Nummer  |  |
| Geb. Datum  |  | , welches, **laut Bescheinigung des zuständigen Arztes,**  |
|  die Behandlung von einer anderen natürlichen Person erfordert. |

**Ich verlange, das Behandlungsgeld auszuzahlen:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] | **in bar auf die Adresse\*** |
|  | Straße, Haus Nr. |  |
|  | PLZ, Gemeinde |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  [ ] | **auf Bankkonto\*** |
|  | Nummer in IBAN Form |  |
|  | **Falls es um ausländisches Bankkonto geht, bitte, nachträgliche Daten anführen:** |
|  | SWIFT Bank-Kode |  |
|  | Genauer und vollständiger Bankname |  |
|  | Straße und Nummer (Bank-Anschrift) |  |
|  |  | PLZ |  | Stadt |  |
|  |  | Land |  |

**Soweit mir der Behandlungsgeldanspruch zuerkannt wird, bin ich mir dessen bewusst, dass ich zu Ende jeden Kalendermonates, in dem die persönliche und ganztägige Pflege/ Behandlung von mir während der Krisensituation geleistet wird, den Anspruch auf die Behandlungsgeldauszahlung durch die Zusendung der ausgefüllten Ehrenerklärung zu Zwecken der Auszahlung des Behandlungsgeldes während der Krisensituation nachweisen muss, derer Muster auf der WEB-Seite der Sozialversicherungsanstalt veröffentlicht ist.**

**Als letzter Tag der Behandlung/Pflege gilt der Tag, den ich in der von mir an die Sozialversicherungsanstalt zugesandten letzten Ehrenerklärung anführe.**

Der Antrag kann an die Sozialversicherungsanstalt elektronisch mittels des Zentralportals der öffentlichen Verwaltung oder [**https://korona.gov.sk/**](https://korona.gov.sk/) oder per E-Mail auf **eine** E-Mail Adresse der zuständigen Niederlassung, bzw. von der Post unterschrieben auf die Adresse der zuständigen Niederlassung zugesandt werden.

Kontakte der Niederlassungen sind auf der WEB-Seite der Sozialversicherungsanstalt <https://www.socpoist.sk/kontakty--xly/48023s> veröffentlicht.

  

 Datum Vorname, Name und Unterschrift des Versicherungsnehmers\*\*

\* zutreffende Angabe kennzeichnen Sie mit X, bei Angaben über die Auszahlung muss eben eine Art gekennzeichnet sein; wenn Sie die Anforderung der Beurteilung des langfristig ungünstigen Gesundheitszustandes des Kindes durch den Vertrauensarzt der Sozialversicherung gekennzeichnet haben, werden Sie von einem beauftragen Mitarbeiter der Sozialversicherungsanstalt kontaktiert und die Beurteilung wird in Abwesenheit durchgeführt

\*\* bei der elektronischen Zusendung des Antrags ist die Unterschrift des Auftragsnehmers nicht erforderlich, in diesem Falle führen Sie nur den Vornamen und Namen in Blockschrift an.