

Erklärung bzgl. Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag gemäß § 257 SGB V

Hinweise:

- a.) Die folgenden Daten werden zur Auszahlung Ihres Entgelts benötigt. Sofern die Angaben freiwillig sind, ist dies im Vordruck vermerkt.
 b.) Bitte beachten Sie die beigefügten Erläuterungen, auf die im Text durch Nummern verwiesen wird.

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

1.	<p>Persönliche Angaben:</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p>	<p>AZ/Personal-Nr.: _____</p> <p>Beschäftigt bei Hochschule: _____</p> <p>Telefonisch tagsüber erreichbar unter: _____</p>
1.1	<p>Besteht neben der Beschäftigung beim Land Hessen noch eine weitere</p> <ul style="list-style-type: none"> • abhängige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja • selbstständige Erwerbstätigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 	
2.	<p>Angaben zu den Familienangehörigen</p>	
2.1	<p>Name, Vorname der/des Ehegatten/Ehegattin, Lebenspartnerin/ Lebenspartners¹⁾</p> <p>_____</p>	
2.2	<p>Name, Vorname des Kindes/ der Kinder²⁾</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
3.	<p>Einkommensverhältnisse der Familienangehörigen</p>	
3.1	<p>Mein Ehegatte/Lebenspartner - Meine Ehegattin/Lebenspartnerin - Mein/Sein/Ihr Kind, - Meine/Seine/Ihre Kinder hat/haben ein Gesamteinkommen³⁾, das regelmäßig 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV⁴⁾ überschreitet:</p> <p><u>Ehegatte/Ehegattin/Lebenspartner/in</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><u>Name, Vorname des Kindes/der Kinder</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	
3.2	<p><u>Nur ausfüllen, wenn unter Punkt 2.2</u> mindestens ein mit dem Ehegatten/der Ehegattin oder Lebenspartner/in verwandtes Kind aufgeführt ist und der Ehegatte/die Ehegattin oder Lebenspartner/in nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist:</p> <p>Das Gesamteinkommen ^{3,3a)} des Ehegatten/der Ehegattin oder Lebenspartner/in übersteigt regelmäßig im Monat 1/12 der Jahresarbeitsentgeltgrenze ⁵⁾ und ist regelmäßig höher als mein Gesamteinkommen ^{3,3a)} <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	
4.	<p>Fragen zur Versicherungsfreiheit bzw. zur Befreiung von der Versicherungspflicht</p>	
4.1	<p>Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung <u>nur wegen Überschreitens</u> der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V <u>versicherungsfrei</u> . <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, seit: _____</p>	
4.2	<p>Ich bin von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht <u>befreit</u> nach:</p> <p><input type="checkbox"/> Art. 3 §1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung von 24.8.1965 (BGBl.S. 912)</p> <p><input type="checkbox"/> §§ 173b, 173e, 173f RVO bis 31.12.1988</p> <p><input type="checkbox"/> § 8 Abs. 1 Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3, Nr. 5 oder Nr. 6 SGB V nach dem 31.12.1988</p> <p>Der Bescheid der zuständigen Krankenkasse ist beigefügt.</p>	

4.3	Ich bin ordentlich Studierender an einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule (§6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V)					<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4.4	Ich bin versicherungsfrei, weil ich nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig geworden wäre, aber in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht als Pflicht- oder freiwilliges Mitglied gesetzlich versichert war. Außerdem war ich mind. die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder als hauptberuflich selbständig erwerbstätiger nach § 5 Abs. 5 SGB V nicht versicherungspflichtig (§ 6 Abs. 1 Nr. 3a SGB V)					<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4.5	Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe –Heilfürsorge- (§6 Abs. 1 Nr. 2,4 und 5 SGB V).					<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4.6	Mir sind Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge bewilligt und ich habe Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften und Grundsätzen (§6 Abs. 1 Nr.6 SGB V)					<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4.7	Ich habe Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften und Grundsätzen oder ähnliche Bezüge und daneben habe ich Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt/bewilligt/erhalten (§6 SGB V).					<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4.8	Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei, weil ein Befreiungstatbestand des § 6 SGB V oder ein andere Befreiungstatbestand gegeben war. ⁶⁾					<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4.9	Ich bin in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherungsfrei , weil: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ein Befreiungstatbestand des § 5 Abs. 1 KVLG 1989 oder vor dem 1. Januar 1989 § 4a Abs. 1 KVLG 1972 gegeben war. <input type="checkbox"/> nach dem 31. Dezember 1994 Versicherungsfreiheit gem. § 3a Nr. 1 KVLG 1989 kraft Gesetz eingetreten ist. Der Bescheid der Krankenversicherung ist beigefügt.						
5.	Angaben zum Versicherungsverhältnis Ich bin - mit meinen unter Nr. 2 aufgeführten Angehörigen- privat krankenversichert bei folgendem Krankenversicherungsunternehmen (Name und Anschrift): <hr/> <p><small>Die Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens über die versicherten Personen, die Höhe des von mir gezahlten Beitrags (aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten) und über die Art der mir und meiner Angehörigen zustehenden Versicherungsleistungen ist beigefügt. Die Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens (gem. § 257 Abs.2 Satz 2 SGB V) ist ebenfalls beigefügt.</small></p>						
6.	Nur ausfüllen, wenn Angehörige nicht zusammen mit dem Berechtigten, sondern aufgrund eigenen Rechts versichert sind: Mein Ehegatte/Lebenspartner - Meine Ehegattin/Lebenspartnerin - Mein/Sein/Ihr Kind - Meine/Seine/ hre Kinder ist/sind:						
6.1	in der gesetzlichen Krankenversicherung	Ehegatte/in Lebenspartner/in	Kind 1:	Kind 2:	Kind 3:	Kind 4:	
6.1.1	aufgrund eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses pflichtversichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
6.1.2	während eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
6.1.3	ohne eigenes Beschäftigungsverhältnis freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
6.1.4	aufgrund sonstigen Rechts (z.B. als Student oder Praktikant) pflicht- oder freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
6.1.5	als Empfänger einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung						
	• pflichtversichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
	• freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	

	Mein Ehegatte/Lebenspartner - Meine Ehegattin/Lebenspartnerin - Mein/Sein/Ihr Kind, - Meine/Seine/Ihre Kinder ist/sind:					
6.2	bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen	Ehegatte/in Lebenspartner/in	Kind 1:	Kind 2:	Kind 3:	Kind 4:
6.2.1	während eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
6.2.2	ohne eigenes Beschäftigungsverhältnis versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
6.2.3	als Empfänger einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

Nur ausfüllen, wenn die Angaben unter Nr. 6.1.3 oder Nr. 6.2.2 bejaht worden sind:

Der monatliche Krankenversicherungsbeitrag für meinen Ehegatten/Lebenspartner, meine Ehegattin/Lebenspartnerin, mein, sein, ihr Kind/meine, seine, ihre Kinder beträgt seit: _____ EUR: _____

Zu Nr. 6.1 und 6.2:

Bescheinigungen der Krankenkasse(n)/des Krankenversicherungsunternehmens sind beigefügt über:

- die versicherte(n) Person(en),
- die Höhe des von mir gezahlten Beitrages (aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten) und (nur zu Nr. 6.2.2)
- über die Art der meinen Angehörigen (zu Nr. 2.1 und 2.2) zustehenden Versicherungsleistungen

Soweit die Versicherung nach Nr. 6.2.2 bei einem anderen Krankenversicherungsunternehmen als dem nach Nr. 5 besteht, ist die Bescheinigung dieses Krankenversicherungsunternehmens gemäß § 257 Abs. 2a Satz 2 SGB V beigefügt.

Verpflichtungserklärung

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jeden Beitragsklassen- und Krankenkassenwechsel sowie Veränderungen in der Höhe meines privaten Krankenversicherungsbeitrages, die möglicherweise die Versicherungspflicht oder die Gewährung des Zuschusses berühren, unverzüglich der Hochschulbezügelle mitzuteilen. Zuschüsse, welche ich infolge einer Nichtanzeige, nicht rechtzeitiger oder unvollständiger Anzeige zu viel erhalten habe, müssen von mir zurückgezahlt werden.

Mir ist weiterhin bekannt, dass ich auf den Zuschuss nicht verzichten kann, solange die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Zu Beginn eines jeden Jahres werde ich unaufgefordert einen Nachweis über die im vergangenen Kalenderjahr entrichteten privaten Krankenversicherungsbeiträge vorlegen.

(Ort, Datum, Unterschrift)

Urschriftlich zurück an:
Universität Kassel
Hochschulbezügelle
34109 Kassel

Kontakt zur Hochschulbezügelle:
Telefon: +49 561 804 7801
Fax: +49 561 804 7899
E-Mail: bhf@uni-kassel.de

Erläuterungen zu 1), 2), 3), 3a), 4), 5), 6)

- 1) Gilt nur für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften im Sinne des § 1 Abs. 1 LPartG.
- 2) Zu den Kindern gehören (siehe auch § 10 Abs. 4 SGB V); eheliche Kinder, für ehelich erklärte Kinder, angenommene Kinder, nicht eheliche Kinder eines männlichen Beschäftigten, wenn seine Vaterschaft festgestellt ist; nicht eheliche Kinder einer Beschäftigten; Stiefkinder (auch Kinder der Lebenspartnerin/des Lebenspartners) und Enkel, wenn sie von dem 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 zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden.

Kinder sind versichert

- a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind
- c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen und verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer des Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus.
- d) ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

Kinder sind nicht versichert,

wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein 12tel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

- 3) Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts. Bei geringfügig entlohnt Beschäftigten beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450,- €. Bei Renten bleibt der auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallende Teil des Rentenzahlbetrages, der im Rentenbescheid gesondert aufgeführt wird, unberücksichtigt.
- 3 a) Bei der Feststellung des Gesamteinkommens nach Ziff. 3.2 sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, nicht zu berücksichtigen.
- 4) ab 2015: 405,-- € mtl. (Bezugsgröße 2.835,-- €)
ab 2016: 415,-- € mtl. (Bezugsgröße 2.905,-- €)
ab 2017: 425,-- € mtl. (Bezugsgröße 2.975,-- €)
ab 2018: 435,-- € mtl. (Bezugsgröße 3.045,-- €)
- 5) ab 2015: 4.575,-- € mtl.
ab 2016: 4.687,50 € mtl.
ab 2017: 4.800,-- € mtl.
ab 2018: 4.950,-- € mtl.
- 6) Für Arbeitnehmer, welche am 31.12.2002 krankenversicherungsfrei waren, weil ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt, die zu diesem Zeitpunkt geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hatte, gilt eine besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze. Hier ist ein niedrigeres Jahresarbeitsentgelt zur Beurteilung anzusetzen. Sie gilt allerdings nur dann, wenn der Arbeitnehmer wegen Überschreiten dieser Grenze am 31.12.2002 privat krankenversichert war. Der Besitzstand gilt dann solange fort, wie der Arbeitnehmer durchgehend aufgrund des Überschreitens dieser Grenze privatversichert war.

für 2018: 53.100,00 € jährlich oder 4.425,00 € monatlich
- 7) Versicherungsfreiheit nach § 7 SGB V wegen geringfügiger Beschäftigung bleibt außer Betracht.

Erklärung bzgl. Zuschuss zum Pflegeversicherungsbeitrag nach § 61 SGB XI

Hinweise:

- a.) Die folgenden Daten werden zur Auszahlung Ihres Entgelts benötigt. Sofern die Angaben freiwillig sind, ist dies im Vordruck vermerkt.
 b.) Bitte beachten Sie die beigefügten Erläuterungen, auf die im Text durch Nummern verwiesen wird.

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

1.	Persönliche Angaben:	
	Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____	AZ/Personal-Nr.: _____ Beschäftigt bei Hochschule: _____ Telefonisch tagsüber erreichbar unter: _____
2.	Angaben zu den Familienangehörigen	
2.1	Name, Vorname der/des Ehegattin/Ehegatten, Lebenspartnerin/ Lebenspartners ¹⁾ _____	
2.2	Name, Vorname des Kindes/ der Kinder ²⁾ _____ _____ _____	
3.	Einkommensverhältnisse der Familienangehörigen	
3.1	Mein Ehegatte/Lebenspartner - Meine Ehegattin/Lebenspartnerin - Mein/Sein/Ihr Kind, - Meine/Seine/Ihre Kinder hat/haben ein Gesamteinkommen ³⁾ , das regelmäßig 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV ⁴⁾ überschreitet:	
	<u>Ehegatte/Ehegattin/Lebenspartner/in</u>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<u>Name, Vorname des Kindes/der Kinder</u>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.2	Nur ausfüllen, wenn unter Nr. 2.2 mindestens ein mit dem Ehegatten verwandtes Kind aufgeführt ist und der Ehegatte nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist:	
	Das Gesamteinkommen ^{3,3a)} des Ehegatten (nach § 16 SGB IV) übersteigt regelmäßig im Monat 1/12 der Jahresarbeitsentgeltgrenze und ist regelmäßig höher als mein Gesamteinkommen	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.	Fragen zur Versicherungsfreiheit bzw. zur Befreiung von der Versicherungspflicht	
4.1	Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung	
	- freiwilliges Mitglied und habe einen Antrag auf Befreiung von der sozialen Pflegeversicherung nicht gestellt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	- von der sozialen Pflegeversicherung befreit worden:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.2	Ich bin nach § 26 Abs. 2 SGB XI aus der Versicherungspflicht ausgeschieden und es besteht eine Weiterversicherung:	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.3	Ich bin in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherungsfrei, weil ein Befreiungstatbestand des § 5 Abs. 1 KVLG 1989 oder vor dem 1. Januar 1989 § 4a Abs. 1 KVLG 1972 gegeben war:	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5.	Angaben zum Versicherungsverhältnis	
5.1	Ich bin als freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung bei der Pflegekasse der:	
	_____ Name, Ort und Telefon-Nr. der Krankenkasse	
5.2	Ich habe - mit einem unter Nr. 2 aufgeführten Angehörigen- eine private Pflegeversicherung bei der Pflegekasse des nachstehenden Versicherungsunternehmens:	
	_____ Name, Ort und Telefon-Nr. der Krankenkasse	

5.3	Familienversicherung nach §§ 25, 110 SGB XI: - Eigener Beitragsanteil: _____ Euro - Beitragsanteil der Ehegattin/des Ehegatten, Lebenspartnerin/ Lebenspartners ¹⁾ : _____ Euro - Beitragsanteil des Kindes/der Kinder: _____ _____ _____ _____ Euro
5.4	Ich zahle für mich, meine Ehegattin/Lebenspartnerin, meinen Ehegatten/meinen Lebenspartner ¹⁾ : für diese Versicherung einen monatlichen Pflegeversicherungsbeitrag in Höhe von _____ Euro
Die Bescheinigung des Versicherungsunternehmens über <ul style="list-style-type: none"> - die versicherte(n) Person(en), - die Höhe des von mir eingezahlten Beitrages (aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten) und über - die Art der mir und meinen Angehörigen zustehenden Leistungen ist beigefügt. Des Weiteren ist die Bescheinigung des Versicherungsunternehmens gemäß § 61 Abs. 7 SGB XI beigefügt.	
Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse bestand zuletzt eine Pflichtversicherung, eventuell auch innerhalb einer Familienversicherung? _____ Name, Ort und Telefon-Nr. der Krankenkasse	

Verpflichtungserklärung

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jeden Beitragsklassen- und Krankenkassenwechsel sowie Veränderungen in der Höhe meines privaten Krankenversicherungsbeitrages, die möglicherweise die Versicherungspflicht oder die Gewährung des Zuschusses berühren, unverzüglich der Hochschulbezügestelle mitzuteilen. Zuschüsse, welche ich infolge einer Nichtanzeige, nicht rechtzeitiger oder unvollständiger Anzeige zu viel erhalten habe, müssen von mir zurückgezahlt werden.

Mir ist weiterhin bekannt, dass ich auf den Zuschuss nicht verzichten kann, solange die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Zu Beginn eines jeden Jahres werde ich unaufgefordert einen Nachweis über die im vergangenen Kalenderjahr entrichteten privaten Krankenversicherungsbeiträge vorlegen.

Ort / Datum / Unterschrift

Urschriftlich zurück an:
Universität Kassel
Hochschulbezügestelle
34109 Kassel

Kontakt zur Hochschulbezügestelle: Telefon: +49 561 804 7801 Fax: +49 561 804 7899 E-Mail: bhf@uni-kassel.de
