

Versicherungsnummer



Erklärung der Versicherten / des Versicherten

CA0512

Diese Erklärung ist wenige Tage vor Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitationsleistung) auszufüllen und Ihrer Arbeitsgemeinschaft zu übersenden. Die Ziffern 2 und 4 bis 6 werden im **Formular CA0510** - Wichtige Informationen zum Übergangsgeld erläutert.

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke - erforderlich im Zusammenhang mit der Übergangsgeldzahlung	

1 Leistung zur medizinischen Rehabilitation / onkologische Nachsorgeleistung

Beginn der Rehabilitationsleistung am: _____
--

2 Angaben zum Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

<p>Ich habe ein weiteres Beschäftigungsverhältnis beziehungsweise weitere versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse oder bin außerdem rentenversicherter Selbständiger</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls ja, bitte zusätzlich das Formular CA0522 für jedes zusätzliche Versicherungsverhältnis ausfüllen.</p>
--

<p>Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung</p> <p><input type="checkbox"/> versicherungspflichtig beschäftigt und das Entgelt wird nicht für die gesamte Dauer der Rehabilitationsleistung gezahlt. Die Formulare CA0513 - Hinweise für den Arbeitgeber, CA0514 - Erläuterungen zur Entgeltbescheinigung für den Arbeitgeber, CA0515 - Entgeltbescheinigung zur Berechnung von Übergangsgeld sind dem Arbeitgeber vorzulegen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich stehe / stand zuletzt in einem Beschäftigungsverhältnis mit einem Arbeitsentgelt im Übergangsbereich</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitsunfähig krank seit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> und beziehe Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber. Die Formulare CA0513, CA0514 und CA0515 sind dem Arbeitgeber vorzulegen.</p> <p><input type="checkbox"/> und beziehe Krankengeld als Pflichtversicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Formular CA0518 ist der Krankenkasse vorzulegen.</p>
--

Versicherungsnummer

noch Ziffer 2

und beziehe **Krankengeld als freiwillig Versicherter** von der gesetzlichen Krankenversicherung oder von einem privaten Versicherungsunternehmen Krankentagegeld. Die **Formulare CA0513, CA0514 und CA0515** sind dem Arbeitgeber vorzulegen.

und beziehe **Verletztengeld** von _____ Aktenzeichen: _____

und erhalte **Sachbezüge** bis _____ in Höhe von _____

monatlicher Betrag brutto
monatlicher Betrag netto

Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung

arbeitslos / arbeitsuchend seit: _____

und erhalte **Arbeitslosengeld**. Den Beginn der Rehabilitationsleistung habe ich der Agentur für Arbeit mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid und Aufhebungsbescheid füge ich bei.

und erhalte **kein Arbeitslosengeld** von der Agentur für Arbeit (zum Beispiel wegen Sperrzeit). Die Mitteilung über das Ruhen der Leistung füge ich bei.

und erhalte **Bürgergeld**. Den Beginn der Rehabilitationsleistung habe ich der auszahlenden Stelle mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid füge ich bei.

und erhalte wegen fehlender Bedürftigkeit **kein Bürgergeld**.

arbeitsunfähig krank seit _____ ausgesteuert seit _____ und beziehe **Arbeitslosengeld oder Bürgergeld**. Das **Formular CA0518** ist der Krankenkasse vorzulegen.

selbständig erwerbstätig.
Für das letzte Kalenderjahr wurden **Beiträge** zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt.

nein ja

Mein Betrieb / Gewerbe ist zu Beginn der Rehabilitationsleistung beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit angemeldet.

nein ja

Ich bin freiberuflich tätig.

nein ja

In meinem Betrieb / Gewerbe sind weitere Personen beschäftigt.

nein ja

Ich bin Gesellschafter einer Personenhandelsgesellschaft oder Partnerschaftsgesellschaft und habe von der Möglichkeit des § 1a Körperschaftssteuergesetz Gebrauch gemacht.

nein ja

<input type="checkbox"/> Ich gehöre nicht zu den vorstehend genannten Personenkreisen.	Ich bin (zum Beispiel Hausfrau)
---	---------------------------------

Versicherungsnummer

3 Versicherungspflicht zur Rentenversicherung, Krankenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung während des Bezuges von Übergangsgeld

Ergibt die Prüfung, dass für die Dauer des Bezuges von Übergangsgeld keine Versicherungspflicht **in der Rentenversicherung** kraft Gesetzes besteht, beantrage ich hiermit die Versicherungspflicht.
 Falls nicht gewünscht, bitte vorstehenden Text streichen.

Ich bin Mitglied der

- gesetzlichen Krankenkasse und bin
- pflichtversichert.
 - freiwillig versichert mit Krankengeldanspruch.
 - freiwillig versichert ohne Krankengeldanspruch.
 - familienversichert.

Name der Krankenkasse

- privaten Krankenversicherung.

Ich habe mich bei der Agentur für Arbeit in der Arbeitslosenversicherung auf Antrag selbst versichert (Antragspflichtversicherung nach § 28a Drittes Buch Sozialgesetzbuch).

- nein ja

Beginn der Versicherungspflicht: _____

Die Versicherungspflicht dauert bis zum Beginn der Rehabilitationsleistung an.

4 Angaben zu Kindern

4.1 Zur Feststellung der Höhe des Übergangsgeldes

Ich habe

- kein Kind.
- ein leibliches Kind / Adoptivkind. ein Pflegekind / Stiefkind und lebe mit ihm in häuslicher Gemeinschaft.

Name, Vorname des jüngsten Kindes

Geburtsdatum

Für mein Kind / eines meiner Kinder besteht ein Anspruch auf Kindergeld, unabhängig davon, wo das Kind lebt und wer das Kindergeld erhält.

- nein ja

Falls ja,

Zahlstelle

Aktenzeichen

Voraussichtliches Ende des Kindergeldanspruches

Bei volljährigen Kindern bitte Nachweis über den Anspruch auf Kindergeld beifügen.

