

Versicherungsnummer



Erklärung der Versicherten / des Versicherten für jedes zusätzliche Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

CA0522

Diese Erklärung ist wenige Tage vor Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitationsleistung) auszufüllen und Ihrer Arbeitsgemeinschaft **zusätzlich zum Formular CA0512** zu übersenden.

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Angaben zum Arbeitgeber beziehungsweise Versicherungsverhältnis	

1 Angaben zum zusätzlichen Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung

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 und CA0515 - Entgeltbescheinigung zur Berechnung von Übergangsgeld** sind dem Arbeitgeber vorzulegen.

Ich stehe / stand zuletzt in einem Beschäftigungsverhältnis mit einem **Arbeitsentgelt im Übergangsbereich**.

nein ja

arbeitsunfähig krank seit: _____

und beziehe **Entgeltfortzahlung** vom Arbeitgeber. Die **Formulare CA0513, CA0514 und CA0515** sind dem Arbeitgeber vorzulegen.

und beziehe **Krankengeld als Pflichtversicherter** in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das **Formular CA0518** ist der Krankenkasse vorzulegen.

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

Versicherungsnummer

noch Ziffer **1**

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.

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

2 **Versicherungspflicht zur Arbeitslosenversicherung**

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.

3 **Erklärung**

Ich versichere, alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Mir ist bekannt, dass falsche oder unterlassene Angaben strafrechtliche Folgen nach sich ziehen können. Ich verpflichte mich, der Arbeitsgemeinschaft jede Änderung meiner Angaben ohne Aufforderung unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten