# Zurück an die BIG

direkt gesund

| Versichertennummer: | |
|---|---|

**Antrag auf Kinderkrankengeld bei pandemiebedingter Betreuung des Kindes nach § 45 Abs. 2a SGB V**

## Persönliche Angaben

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name, Vorname: | | Geburtsdatum: | T T M M J J J J |
| Anschrift: | | | |

Ich bin Alleinerziehende(r) ☐ Ja ☐ Nein

## Daten des Kindes

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name, Vorname: | | Geburtsdatum: | T T M M J J J J |
| Anschrift: | | | |
| Krankenkasse: | | | |

## Zeitraum der Betreuung

| | | | |
|---|---|---|---|
| Vom: | T T M M J J J J | Bis einschließlich: | T T M M J J J J |
| Für folgende Tage: | | | |

## Grund der Betreuung des Kindes

| | |
|---|---|
| ☐ | Die Kita/Schule* wurde von der zuständigen Behörde geschlossen. |
| ☐ | Das Betreten der Kita/Schule* wurde untersagt (z. B. bei Quarantäne). |
| ☐ | Die Betriebs- oder Schulferien wurden angeordnet oder verlängert. |
| ☐ | Die Präsenzpflicht in der Schule wurde aufgehoben. |
| ☐ | Der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot wurde eingeschränkt (z. B. bei Notbetreuung). |
| ☐ | Es liegt eine behördliche Empfehlung vor, die Kita* nicht zu besuchen. |

Nachweis ist beigefügt: ☐ Ja ☐ Nein

## Weitere Angaben des betreuenden Elternteils

Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes der Arbeit ferngeblieben bin **und** gegen meinen Arbeitgeber während der Freistellung von der Arbeit

☐ keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung habe ☐ Anspruch auf Entgeltfortzahlung für ____ Tage habe

Für das genannte Kind wurde in diesem Kalenderjahr aufgrund einer vorangegangenen Erkrankung/Betreuung eine bezahlte Freistellung durch meinen Arbeitgeber gewährt

☐ Ja, von T T M M J J J J bis T T M M J J J J ☐ Nein

Für das genannte Kind wurde in diesem Kalenderjahr von mir Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V

☐ nicht bezogen.

☐ für ____ Tage (von T T M M J J J J bis T T M M J J J J ) bezogen.

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

| | |
|---|---|
| Kontoinhaber (in): | |
| IBAN (Internationale Bankkontonummer): | D E |
| Geldinstitut (Name, Ort): | |
| BIC (Internationale Bankleitzahl) | |

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Sofern sich die o.g. Verhältnisse ändern, werde ich meine Krankenkasse umgehend informieren. Ich versichere, dass eine andere im Haushalt lebende Person die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes nicht übernehmen konnte.

| Ort, Datum | Unterschrift |
|---|---|

**Bei Fragen bin ich erreichbar**

| | |
|---|---|
| E-Mail: | Telefon: |

*Hierzu gehören auch weitere Einrichtungen zur Betreuung von Kindern, z. B. Hort und Kindertagespflegestellen, sowie Einrichtung von Menschen mit Behinderung

BB1 202005