

Antrag
auf Gewährung von Leistungen in besonderen Fällen aus Mitteln der Länder bei einem Schwangerschaftsabbruch, für den kein Leistungsanspruch gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse besteht

<input type="text"/> Name, Vorname	<input type="text"/> Geburtsdatum
<input type="text"/> Familienstand	<input type="text"/> Erstwohnsitz
<input type="text"/> Bundesland	

Angaben zur Feststellung der Berechtigung nach § 19 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes:

1. Sind Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse als freiwilliges Mitglied oder Pflichtmitglied bzw. als Familienangehöriger versichert?
 Nein Ja
Wenn ja, bei welcher Krankenkasse?

Anschrift der Krankenkasse

Versicherungsnummer
2. Beziehen Sie zurzeit laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe)?
 Nein Ja
Gewährende Stelle
3. Beziehen Sie laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach SGB II (z.B. Bürgergeld oder Einstiegsgeld)?
 Nein Ja
Gewährende Stelle
4. Beziehen Sie Ausbildungsförderung im Rahmen der Anordnung der Bundesagentur für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter?
 Nein Ja
Gewährende Stelle
5. Beziehen Sie Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?
 Nein Ja
Gewährende Stelle
6. Beziehen Sie Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz?
 Nein Ja
Gewährende Stelle
7. Sind Sie in einer Anstalt oder einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung untergebracht, die von einem Träger der Sozialhilfe oder der Jugendhilfe getragen wird?
 Nein Ja
Gewährende Stelle



Folgende Fragen sind nur zu beantworten, wenn die Fragen 2-7 mit „Nein“ beantwortet wurden:

8. Wie hoch ist Ihr eigenes monatliches Nettoeinkommen (Arbeitsentgelt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung sowie aus Kapitalvermögen, Elterngeld oberhalb des Sockelbetrages von 150,00 Euro bzw. 300,00 Euro, erhaltene Unterhaltszahlung von anderen Personen)?
 Euro

9. Steht Ihnen persönlich kurzfristig verwertbares Vermögen zur Verfügung (z. B. Sparbuch mit gesetzlicher Kündigungsfrist mit einer Geldanlage von mehr als 10.000,00 Euro)?
 Nein Ja, in Höhe von Euro

10. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?
Anzahl: Davon unterhaltsberechtigte Kinder unter 18 Jahren:

11. Werden unterhaltsberechtigte Kinder überwiegend von Ihnen unterhalten?
 Nein Ja, Anzahl:

12. Wie hoch sind Ihre Kosten für Unterkunft (Miet-, Neben-, Heiz-, Pensions-, Hotelkosten, tatsächliche Aufwendungen für Wohneigentum)?
 Euro

13. Fallen bei den Kosten der Unterkunft kostensenkende Leistungen (Wohngeld, Wohnzuschuss) an?
 Euro

14. Soll der Berechtigungsschein an eine vom o. g. Erstwohnsitz abweichende Anschrift gesandt werden?
 Nein Ja
Name und Anschrift:

15. Ist bereits ein Termin für den Schwangerschaftsabbruch geplant?
Ja, am

16. Soll der Berechtigungsschein daher direkt an den Arzt/die Ärztin gesandt werden?
 Nein Ja
Name und Anschrift:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. § 99 SGB X (Auskunftspflicht) zum Zwecke der Gewährung von Leistungen in besonderen Fällen nach § 24b Abs. 4 SGB V i. V. m. des Schwangerschaftskonfliktgesetzes erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Ansprüchen auf Leistungen führen. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.

