

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

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Familienstand

\_\_\_\_\_  
 Erstwohnsitz

\_\_\_\_\_  
 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?  
 IKK Südwest  
 Anschrift der Krankenkasse  
 Europaallee 3 - 4, 66113 Saarbrücken  
 Versichertennummer  
 \_\_\_\_\_
2. Beziehen Sie zurzeit laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe)?  
 Nein     Ja    \_\_\_\_\_  
 Gewährende Stelle
3. Beziehen Sie Arbeitslosengeld II nach dem Sozialgesetzbuch II?  
 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 2.600,00 Euro)?

Nein  Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

10. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?

Anzahl \_\_\_\_\_ Davon unterhaltsberechtigte Kinder unter 18 Jahren: \_\_\_\_\_

11. Werden unterhaltsberechtigzte 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. In welcher Höhe wird ein Mietkostenzuschuss gezahlt?

\_\_\_\_\_ Euro

14. Ist bereits ein Termin für den Schwangerschaftsabbruch geplant?

Nein  Ja, am \_\_\_\_\_

15. In welchem Bundesland erfolgt der

Schwangerschaftsabbruch? \_\_\_\_\_

16. An wen soll der Berechtigungsschein gesandt werden?

Direkt an den Arzt/die Ärztin  Nein  Ja

Name und Anschrift \_\_\_\_\_

An eine vom o.g. Erstwohnsitz abweichende Anschrift  Nein  Ja

Name und Anschrift \_\_\_\_\_

An meine E-Mail-Adresse  Nein  Ja

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**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-sued-west.de/datenschutzhinweise](http://www.ikk-sued-west.de/datenschutzhinweise)