

# Anlage SV

## Sozialversicherung der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II

Diese Anlage ist Bestandteil des Antrages auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II. Füllen Sie diese Anlage (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus. Beachten Sie bitte auch die Ausfüllhinweise.

Landkreis Ostprignitz-Ruppin Jobcenter Ostprignitz-Ruppin	Eingangsstempel
--	-----------------

Aktenzeichen \_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vertreters der Bedarfsgemeinschaft \_\_\_\_\_

**I. Persönliche Daten der Person, auf die sich die Angaben in dieser Anlage beziehen**

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

**II. Zuschuss bei privater oder freiwilliger Kranken- und Pflegeversicherung**

Ich bzw. die weitere Person beantragen einen Zuschuss zu den Beiträgen zur **privaten** Krankenversicherung.  
Bitte legen Sie als Nachweis den aktuellen Bescheid über die Höhe des monatlichen Beitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung vor sowie einen Nachweis über den Beitrag, den Sie im Basistarif zahlen würden.  
Name und Anschrift der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer des Vertrages \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
BIC der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
IBAN der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Monatliche Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	Monatliche Höhe des Pflegeversicherungsbeitrags in Euro	Monatliche Höhe des Beitrags im Basistarif in Euro

Ich bzw. die weitere Person beantragen einen Zuschuss zu den Beiträgen zur **freiwillig gesetzlichen** Krankenversicherung.  
Bitte legen Sie als Nachweis den aktuellen Bescheid über die Höhe des monatlichen Beitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung vor.

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Monatliche Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	Monatliche Höhe des Pflegeversicherungsbeitrags in Euro	Krankenversicherertennummer

**III. Kranken- und Pflegeversicherung, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Arbeitslosengeld II keine Versicherung besteht**

3a Waren Sie bzw. die weitere Person zuletzt privat krankenversichert?  Ja.  Nein.

3b Sind Sie bzw. die weitere Person  
- hauptberuflich selbständig tätig oder  
- haben nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bzw. Beihilfe?  Ja.  Nein.

3c Haben Sie bzw. die weitere Person das 55. Lebensjahr vollendet und war in den letzten fünf Jahren vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II nicht gesetzlich versichert und war für mindestens zweieinhalb Jahre  
- versicherungsfrei oder  
- von der Versicherungspflicht befreit oder  
- nicht versicherungspflichtig wegen der Ausübung einer hauptberuflichen selbstständigen Tätigkeit?  Ja.  Nein.

▶ Wenn eine der vorgenannten Voraussetzungen auf Sie oder die weitere Person zutrifft, besteht keine Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung aufgrund des Arbeitslosengeld II-Bezugs. Sie können jedoch unter Abschnitt II einen Zuschuss beantragen, wenn Sie oder die weitere Person sich selbst privat oder freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern.

▶ Wenn die vorgenannten Voraussetzungen auf Sie oder die weitere Person nicht zutreffen, tritt grundsätzlich die Versicherungspflicht aufgrund des Arbeitslosengeld II-Bezugs ein. Wählen Sie bitte eine gesetzliche Krankenkasse und legen Sie innerhalb von zwei Wochen die Mitgliedsbescheinigung vor.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1c EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) i.V.m. §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II verarbeitet. Siehe hierzu das „Informationsblatt Datenschutz“ sowie das „Merkblatt SGB II“. Sollten Sie falsche bzw. unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht oder nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft mit der Rückforderung der zu viel gezahlten Leistungen rechnen. Weiterhin setzen Sie sich auch der Gefahr eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens aus. Beachten Sie bitte, dass das Jobcenter im Wege des automatisierten Datenabgleichs Auskünfte bei Dritten, z. B. über Beschäftigungszeiten, Kapitalerträge, Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, Leistungen der Arbeitsförderung, einholt und verwertet. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft über die Mitwirkungspflichten informiert sind und dass diese alle notwendigen Informationen (z.B. Bescheide) erhalten.

**Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben; Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragstellerin/er

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters  
der Antragstellerin/er

**Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten: \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragstellerin/er

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters  
der Antragstellerin/er