

hilfesuchende Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Eingangsvermerk/-stempel
--------------------------

## Anlage Kranken- und Pflegeversicherung

Ausfüllhinweise finden Sie auf Seite 2.

**Es besteht Kranken- und Pflegeversicherungsschutz.**

	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/Lebensgefährte
Name der Krankenkasse		
Anschrift der Krankenkasse		
Versicherten-/ Mitgliedsnummer		
Es handelt sich um eine		
- Pflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- freiwillige Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- private Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Familienversicherung bei folgendem Pflichtversicherten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Versichertennummer		

	im Haushalt lebende Personen			
Name, Vorname				
Krankenversicherungsschutz besteht über				
- eigene Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- folgende Person:				
Name, Vorname				
Versichertennummer				

**Es besteht kein Kranken- und Pflegeversicherungsschutz.**

Ich/wir bestimme/n folgende gesetzliche Krankenkasse zu meiner/unserer Krankenkasse:

Name der Krankenkasse
Anschrift der Krankenkasse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

**Es bestand früher schon einmal Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bei:**

Bezeichnung der Krankenkasse/Versicherung, ggf. Anschrift
---

### Unterschrift/en

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum	Unterschrift hilfesuchende Person bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgeberechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer	Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer
------------	---	--

## **Ausfüllhinweise zur Anlage Kranken- und Pflegeversicherung (KV)**

Damit wir Ihren Bedarf ermitteln können, benötigen wir Angaben zu Ihrem Kranken- und Pflegeversicherungsschutz. Füllen Sie dazu bitte dieses Formular aus.

Wenn Sie nicht krankenversichert sind, prüfen wir für Sie, welchen Kranken- und Pflegeversicherungsschutz Sie erhalten können.

Wenn Sie privatversichert oder freiwillig versichert sind, reichen Sie bitte die aktuellen Nachweise (Versicherungsschein und aktuelle Beitragseinstufung) in Kopie ein.