

<b>Angaben zum Kind</b>	
Name	Geburtsdatum
KV-Nr.	
<b>Angaben der Person, der Verdienst- oder Einkommensausfall entstanden ist</b>	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Telefonnummer *
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Bezieher von Arbeitslosengeld
<input type="checkbox"/> Selbstständig tätig	<input type="checkbox"/> Beamter/DO-Angestellter
<b>1. Angaben des Arbeitgebers</b>	
<b>Wurde unbezahlter Urlaub gewährt?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Berechnungsgrundlagen in Euro</b>	
Zeitraum des Verdienstauffalls	von _____ bis _____
Höhe des Nettoarbeitsentgeltes / der Nettobezüge für diesen Zeitraum	Nettoarbeitsentgelt _____ , _____
Datum	Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers

## 2. Angaben bei Selbständigkeit

### Zeitraum des Einkommensausfalls

von

bis

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

### Höhe des Einkommensausfalls

Betrag in Euro

\_\_\_\_,\_\_\_\_

### letzter Steuerbescheid (bitte in Kopie beifügen)

Jahr

\_\_\_\_

### Wie viele Arbeitnehmer werden beschäftigt?

Arbeitnehmeranzahl

\_\_\_\_

## 3. Angaben zur Bankverbindung

Name der Bank

Kontoinhaber

BIC

IBAN

\_\_\_\_

\_\_\_\_

## 4. Erklärung

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Aussagen die Erbringung von Leistungen ausschließen.

Alle Veränderungen, die im Zusammenhang mit der Antragstellung stehen, werde ich der Krankenkasse sofort mitteilen.

### Datenschutzhinweis

Wir erheben die Daten für die Prüfung von Verdienstaussfall (Begleitperson bei Betreuung des erkrankten Kindes im Krankenhaus) nach Paragraph 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit Paragraph 11 abs. 3 SGB V.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_

### Antwort an:

IKK Brandenburg und Berlin  
Servicecenter Frankfurt (Oder)  
Geldleistungen  
Ferdinandstr. 13  
15230 Frankfurt (Oder)