

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



MSAT / MSNR

Erklärung der Versicherten / des Versicherten

G0512

Diese Erklärung ist wenige Tage vor Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitationsleistung) auszufüllen und Ihrem Rentenversicherungsträger zu übersenden. Die Ziffern 2 und 4 bis 6 werden im **Formular G0510 - Wichtige Informationen zum Übergangsgeld** - erläutert.

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke - erforderlich im Zusammenhang mit der Übergangsgeldzahlung	

1 Leistung zur medizinischen Rehabilitation / sonstige Leistung zur Teilhabe

Beginn der Rehabilitationsleistung am: _____

2 Angaben zum Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung

☐ **versicherungspflichtig beschäftigt** und das Entgelt wird nicht für die gesamte Dauer der Rehabilitationsleistung gezahlt. Die **Formulare G0513** - Hinweise für den Arbeitgeber -, **G0514** - Erläuterungen zur Entgeltbescheinigung für den Arbeitgeber -, **G0515** - Entgeltbescheinigung zur Berechnung von Übergangsgeld - und **G0518** - Bescheinigung der Krankenkasse - sind dem Arbeitgeber vorzulegen.

☐ **arbeitsunfähig krank** seit: _____

☐ und beziehe **Entgeltfortzahlung** vom Arbeitgeber. Die **Formulare G0513, G0514 und G0515** sind dem Arbeitgeber und **Formular G0518** der gesetzlichen Krankenkasse vorzulegen.

☐ und beziehe **Krankengeld als Pflichtversicherter** in der gesetzlichen Krankenversicherung. **Formular G0518** ist der Krankenkasse vorzulegen. Die **Formulare G0513, G0514 und G0515** sind **nicht** dem Arbeitgeber vorzulegen.

☐ und beziehe **Krankengeld als freiwillig Versicherter** von der gesetzlichen Krankenversicherung oder von einem privaten Versicherungsunternehmen. Die **Formulare G0513, G0514 und G0515** sind dem Arbeitgeber vorzulegen, **Formular G0518** ist der gesetzlichen Krankenkasse vorzulegen.

☐ und beziehe **Verletztengeld** von _____ Aktenzeichen: _____

☐ **arbeitslos / arbeitsuchend** seit: _____

☐ und erhalte **Arbeitslosengeld**. Den Beginn der Rehabilitationsleistung habe ich der Agentur für Arbeit mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid und Aufhebungsbescheid füge ich bei.

☐ und erhalte **kein Arbeitslosengeld** von der Agentur für Arbeit (zum Beispiel wegen Sperrzeit). Die Mitteilung über das Ruhen der Leistung füge ich bei.

☐ und erhalte **Arbeitslosengeld II**. Den Beginn der Rehabilitationsleistung habe ich der auszahlenden Stelle mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid füge ich bei.

☐ und erhalte wegen fehlender Bedürftigkeit **kein Arbeitslosengeld II**.

☐ **arbeitsunfähig krank** seit _____ ausgesteuert seit _____ und beziehe **Arbeitslosengeld**. **Formular G0518** ist der Krankenkasse vorzulegen.





Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer 3

Ich habe **in der Arbeitslosenversicherung** ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag begründet (§ 28a des Dritten Buches des Sozialgesetzbuches - Arbeitsförderung - SGB III).

☐ nein ☐ ja, als ☐ Pflegeperson ☐ Selbständiger beziehungsweise ☐ Auslandsbeschäftigter

Beginn der Versicherungspflicht: _____

Die Versicherungspflicht dauert bis zum Beginn der Rehabilitationsleistung an.

4 Angaben zu Kindern

4.1 Zur Feststellung der Höhe des Übergangsgeldes

Ich habe ein

☐ leibliches Kind / Adoptivkind. ☐ Pflegekind / Stiefkind und lebe mit ihm in häuslicher Gemeinschaft.

Name, Vorname des jüngsten Kindes

Geburtsdatum

Für mein Kind / eines meiner Kinder besteht ein Anspruch auf Kindergeld:

☐ nein ☐ ja

Falls ja,

Zahlstelle

Aktenzeichen

Voraussichtliches Ende des Kindergeldanspruches

Bei volljährigen Kindern bitte Nachweis über den Anspruch auf Kindergeld beifügen.

4.2 Zur Feststellung des Beitragszuschlages für Kinderlose in der gesetzlichen Pflegeversicherung

☐ Ich habe / hatte ein berücksichtigungsfähiges Kind (unabhängig vom Alter). Bitte geeigneten Nachweis beifügen.

☐ Ich habe **kein** berücksichtigungsfähiges Kind.

5 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Ich lebe mit meinem Ehegatten / Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes in häuslicher Gemeinschaft.

☐ nein ☐ ja

Weil ich pflegebedürftig bin, kann mein Ehegatte / Lebenspartner eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben. Bitte entsprechende Nachweise beifügen!

☐ nein ☐ ja

Mein Ehegatte / Lebenspartner bedarf selbst der Pflege. Bitte entsprechende Nachweise beifügen!

☐ nein ☐ ja

Mein Ehegatte / Lebenspartner hat Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung.

☐ nein ☐ ja



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

6 Überweisung des Übergangsgeldes

Bitte geben Sie unbedingt Ihre Bankverbindung an.

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

7 Erklärung

Ich versichere, alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Mir ist bekannt, dass falsche oder unterlassene Angaben strafrechtliche Folgen nach sich ziehen können. Ich verpflichte mich, dem Rentenversicherungsträger jede Änderung meiner obigen Angaben ohne Aufforderung unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

