

Anexo Anlage II (correspondiente a la parte 7 de la solicitud principal)

Sozialversicherung der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II (zu Abschnitt 7 des Hauptantrags)



Ponga una cruz en la casilla que corresponda
Zutreffendes bitte ankreuzen



Lea las informaciones adicionales en las instrucciones para rellenar formularios
Weitere Informationen finden Sie in den Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.arbeitsagentur.de.

Füllen Sie diese Anlage bitte für jede Person der Bedarfsgemeinschaft aus, die privat, freiwillig gesetzlich oder nicht krankenversichert ist.

1. Persönliche Daten 1. Datos personales

1.1 Meine persönlichen Daten Mis datos personales

| | |
|--|---|
| Anrede <small>Tratamiento (por ejemplo Herr, Frau, Dr.)</small> | Vorname <small>Nombre</small> |
| Familienname <small>Apellido(s)</small> | Geburtsdatum <small>Fecha de nacimiento</small> |
| Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden) <small>Número de la comunidad solicitante (si se tiene)</small> | |

1.2 Persönliche Daten der Person, auf die sich die Angaben zur Sozialversicherung beziehen Datos personales de la persona a la que se refieren los datos de Seguridad Social

| | |
|---|--------------|
| Anrede | Vorname |
| Familienname | Geburtsdatum |
| Steuerliche Identifikationsnummer <small>Número de identificación fiscal</small> | |
| <p>► Die steuerliche Identifikationsnummer wird erhoben, weil die gewährten Zuschüsse zur Krankenversicherung gem. § 10 Absatz 4b Satz 4 bis 6 des Einkommensteuergesetzes (EStG) der Finanzverwaltung zu übermitteln sind.</p> | |

2. Zuschuss bei privater oder freiwilliger Kranken- und Pflegeversicherung ?

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Abschnitt nur aus, wenn Sie oder die weitere Person **privat krankenversichert** oder **freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert** sind.
Por favor rellene este apartado 2 sólo si Ud. o la otra persona está asegurado/a privadamente o de forma voluntaria en el seguro obligatorio.

Ich bzw. die weitere Person beantragen einen Zuschuss zu den Beiträgen zur **privaten** Krankenversicherung. Yo o la otra persona solicito/a una aportación a la cuota del seguro privado

| | |
|---|---|
| Name der Krankenkasse <small>Nombre de la compañía aseguradora</small> | Versicherungsnummer des Vertrags <small>Número del contrato de seguro</small> |
| Sitz der Krankenkasse <small>Dirección de la compañía aseguradora</small> | Kreditinstitut der Krankenkasse <small>Banco de la compañía aseguradora</small> |
| BIC | |
| IBAN | |
| Monatliche Höhe des Krankenversicherungsbeitrags in Euro <small>Cuota mensual del seguro de enfermedad en euros</small> | |
| Monatliche Höhe des Pflegeversicherungsbeitrags in Euro <small>Cuota mensual del seguro de invalidez en euros</small> | |
| Monatliche Höhe des Beitrags im Basistarif in Euro <small>Cuota mensual correspondiente a la tarifa básica en euros</small> | |

► 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.
Por favor como documentos acreditativos aporte el certificado actual de la cuota mensual correspondiente al seguro de enfermedad y de invalidez además de un documento que muestre cuanto pagaría con la tarifa básica.



2

SV

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Nota: La zona recuadrada a la derecha del formulario no se rellena

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

Se requiere el número de identificación fiscal porque las aportaciones al seguro médico han de ser comunicadas a hacienda de acuerdo con el capítulo 10, párrafo 4b, frases 4 a 6 de la Ley de Impuestos por rentas e ingresos.

2. Suplemento para personas aseguradas de forma privada o voluntaria en el seguro médico y de invalidez

Beitragsbescheinigung

Beitragsbescheinigung Basistarif

Ich bzw. die weitere Person beantragen einen Zuschuss zu den Beiträgen zur **freiwillig gesetzlichen** Krankenversicherung. **Yo o la otra persona solicito/a una aportación a la cuota por estar asegurado/a**

Name der Krankenkasse
Nombre de la compañía aseguradora

Krankenversicherungsnummer
Número del asegurado

Monatliche Höhe des Krankenversicherungsbeitrags in Euro
Cuota mensual del seguro de enfermedad en euros

Monatliche Höhe des Pflegeversicherungsbeitrags in Euro
Cuota mensual del seguro de invalidez en euros

▶ Bitte legen Sie als Nachweis den aktuellen Bescheid über die Höhe des monatlichen Beitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung vor. **Por favor como documento acreditativo aporte el certificado actual de la cuota mensual**

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

La zona recuadrada de la derecha no se rellena

Beitragsbescheinigung

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

▶ Bitte füllen Sie den nachfolgenden Abschnitt nur aus, wenn für Sie oder die weitere Person **zurzeit weder eine gesetzliche Pflicht- oder Familienversicherung noch eine freiwillige oder private Kranken- und Pflegeversicherung besteht**. **P.f. rellene las siguientes casillas sólo si Vd. o la otra persona no está asegurado/a ni con un seguro obligatorio, ni seguro familiar, ni seguro voluntario ni privado.**

Ich bzw. die weitere Person war zuletzt privat krankenversichert. **Yo o la otra persona tenía recientemente un seguro privado**

Ich bzw. die weitere Person **Yo o la otra persona**

- sind hauptberuflich selbständig tätig **oder - soy/es autónomo como actividad, o profesional principal**

- haben nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bzw. Beihilfe. **- tengo/tiene derecho por la regulación o los principios del derecho de funcionarios a protección en caso de enfermedad o de asistencia**

Ich bzw. die weitere Person haben 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** **Yo o la otra persona he/ha cumplido los 55 años de edad y durante los 5 años anteriores a recibir Prestación por desempleo II no estaba asegurado/a y durante al menos 2 años y medio estaba**

- **versicherungsfrei** oder **- libre de seguro, o**

- von der **Versicherungspflicht befreit** oder **- libre de la obligación de estar asegurado/a,**

- **nicht versicherungspflichtig** wegen der Ausübung einer hauptberuflichen selbständigen Tätigkeit. **- no obligado/a estar asegurado debido a ser autónomo/a como actividad profesional principal.**

▶ 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 2 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.

Si se cumple alguna de las condiciones anteriores, no hay obligación de contraer un seguro de enfermedad o de invalidez por recibir la Prestación por desempleo II. Sin embargo Vd. puede solicitar una aportación si Vd. o la otra persona se aseguran privadamente o voluntariamente en el seguro obligatorio. Si no se cumple ninguna de las condiciones anteriores, hay en principio obligación de contraer un seguro al recibir la Prestación por desempleo II. Escoja una compañía aseguradora oficial y aporte en el plazo de los 15 días en el momento de ser miembro de esa aseguradora.

Los datos se mantendrán en secreto de acuerdo con la Hoja Explicativa de la Ley de Prestaciones Sociales Libro II. Sus datos se utilizarán para evaluar las prestaciones correspondientes según la Ley de Prestaciones Sociales Libro II y de acuerdo con los capítulos 60-65 de la Ley de Prestaciones Sociales Libro I y los capítulos 67a,b,c de la Ley de Prestaciones Sociales Libro X.

Si Vd. da datos falsos o incompletos o bien no comunica variaciones que se puedan producir en estos datos, Vd. y las personas pertenecientes a su comunidad demandante deberán devolver las cantidades abonadas en exceso y se podría iniciar un procedimiento por infracción administrativa o un proceso penal.

La oficina de empleo (Jobcenter) compara automáticamente informaciones con terceros, por ejemplo sobre periodos laborales, rendimientos del capital, prestaciones de los seguros obligatorios de pensión y de accidentes o prestaciones para incentivar el trabajo. Asegúrese de que todos los miembros de su comunidad solicitante están informados de sus obligaciones y que obtienen toda la documentación imprescindible (por ejemplo certificados).

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe Merkblatt SGB II). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben.

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 bestätige, dass die Angaben richtig sind. Confirmo la certeza de los datos comunicados

Ort/Datum **Lugar/Fecha**

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
Firma del solicitante (si es menor de edad: firma del representante legal)

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

Confirmo la certeza de las modificaciones realizadas por mi o por los/las empleados/as de la oficina de empleo (Jobcenter) en las casillas:

Ort/Datum **Lugar/Fecha**

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
Firma del solicitante (si es menor de edad: firma del representante legal)