

Bertelsmann BKK  
Carl-Miele-Straße 214  
33311 Gütersloh

**Antragstellerin:**

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Geburtsdatum

Wohnsitz NRW

Wohnsitz nicht NRW

## Antrag auf Kostenübernahme bei einem Schwangerschaftsabbruch

Gewährung von Leistungen in besonderen Fällen aus Mitteln der Länder bei einem Schwangerschaftsabbruch, für den kein Leistungsanspruch gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse besteht.

Gemäß § 21b Sozialgesetzbuch Erstes Buch - Allgemeiner Teil - (SGB I) ist die Krankenkasse für Leistungen nach dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG) zuständig. Für die Entscheidung über die Leistungserbringung und die Abrechnung der Kosten benötigen wir die im Antrag erfragten Angaben. Hierzu gehört nach § 21 Absatz 2 SchKG auch die Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse. Nach den §§ 60 ff SGB I sind Sie verpflichtet, die erbetenen Angaben zu machen. Solange diese nicht vorliegen, müssen wir die Leistung bzw. den Berechtigungsschein versagen.

### 1. Sind Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse als Pflicht-, freiwilliges Mitglied oder als Familienangehöriger versichert?

Nein  Ja, bei der

Name der Krankenkasse

PLZ und Ort der Krankenkasse

Straße und Hausnummer der Krankenkasse

### 2. Beziehen Sie zurzeit eine der unter (1) genannten Leistungen?

Nein  Ja, von welcher Stelle

### 3. Sind Sie in einer Anstalt, einem Heim oder in einer gleichartigen Einrichtung untergebracht und werden die Kosten von einem Träger der Sozialhilfe oder der Jugendhilfe getragen?

Nein  Ja

(1) Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII (Sozialhilfe), laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach SGB II (z.B. Bürgergeld oder Einstiegsgeld) unabhängig von einem ggf. vorhandenen eigenem Einkommen, Ausbildungsförderung im Rahmen der Anordnung der Bundesagentur für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter, Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz.

Die folgenden Fragen sind zu beantworten, wenn die Fragen 2 und 3 mit Nein beantwortet worden sind.

**4. Wie hoch ist Ihr im letzten Kalendermonat erzielt Nettoeinkommen<sup>(2)</sup> einschließlich einmaliger Zuwendungen, wie Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld usw.?**  €

**5. Steht Ihnen persönlich kurzfristiges verwertbares Vermögen<sup>(3)</sup> zur Verfügung?**

Nein  Ja, in Höhe von  €

**6. Sind Sie Kindern gegenüber zum Unterhalt verpflichtet, die**

6.1 unter 18 Jahre alt sind und in Ihrem Haushalt leben?

Nein  Ja   
Anzahl der Kinder

6.2 Sie überwiegend unterhalten?

Hier zählen nur Kinder, die nicht schon unter 6.1 fallen.

Nein  Ja   
Anzahl der Kinder

**7. Wie hoch sind die Kosten der Unterkunft (Miet-, Neben-, Heiz-, Pensions-, Hotelkosten, tatsächliche Aufwendungen für Wohneigentum)?**  €

**8. Wie viele Personen leben insgesamt im Haushalt?**   
Anzahl der Personen

**9. Fallen bei den Kosten der Unterkunft kostensenkende Leistungen (Wohngeld, Wohnzuschuss) an?**

Nein  Ja  €

Ich bin tagsüber unter Telefon-Nr. zu erreichen (freiwillige Angabe):

(2) Das Einkommen Ihres Ehegatten oder Ihrer Eltern, wenn Sie noch in deren Haushalt leben sollten, ist nicht anzugeben. Zum Einkommen zählen alle Einnahmen aus unselbständiger Arbeit, selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft, Kapitalvermögen, Vermietung, Verpachtung, Renten, Versorgungsbezüge sowie Entgeltersatzleistungen (z. B. Kranken-, Verletzten- und Übergangsgeld), den Sockelbetrag von 300 € – bei Elterngeld Plus bis 150 € – monatlich übersteigendes Elterngeld und Unterhaltszahlungen, die Sie von einer anderen Person erhalten.

(3) Dazu zählen Ersparnisse, Abfindungen oder sonstige Geldanlagen von mehr als 10.000 €. Ggf. erhöht sich dieser Grenzbetrag um 500 € für jede Person, die von Ihnen überwiegend unterhalten wird.

**Ich versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Änderungen in den Lebens-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, werde ich unverzüglich anzeigen.**

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte / Bevollmächtigte/r

**Datenschutzhinweis**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs.1 Satz 1 Nr. 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Anspruchsprüfung nach § 19 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann dazu führen, dass die auftragsweise Leistungserbringung nicht durchgeführt werden kann, da hierbei gemäß § 21 Abs. 2 SchKG die Darlegung und Prüfung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse vorgesehen und notwendig ist. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein.

Der Schutz Ihrer Daten genießt bei uns höchste Priorität. Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.bertelsmann-bkk.de/datenschutz](http://www.bertelsmann-bkk.de/datenschutz).