



AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☑

Beitragskontonummer

**1** **Pflegekarenz – Familienhospizkarenz**  
An-, Ab- und Änderungsmeldung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad			
Vorname/n		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit		

Beginn der Karenz	Tag	Monat	Jahr	Ende der Karenz	Tag	Monat	Jahr
Berichtigung des Beginns der Karenz	Tag	Monat	Jahr	Berichtigung des Endes der Karenz	Tag	Monat	Jahr

- Familienhospizvollzeitkarenz** wegen
  - Sterbebegleitung einer/eines nahen Angehörigen gemäß § 14a AVRAG bzw.
  - Begleitung eines schwerst erkrankten Kindes gemäß § 14b AVRAG
 gegen Entfall des Entgelts
- Familienhospizteilzeitkarenz**,  
wenn kein Entgelt über der Geringfügigkeitsgrenze gebührt
- Pflegevollzeitkarenz gemäß § 14c AVRAG**  
gegen Entfall des Entgelts
- Pflegeteilzeitkarenz gemäß § 14d AVRAG**,  
wenn kein Entgelt über der Geringfügigkeitsgrenze gebührt

Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers		Unterschrift und Stempel der Dienstgeberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten
Betriebsart	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in	E-Mail:	
Bevollmächtigte/r bzw. Hersteller/in	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	E-Mail:	
		Datum .....

Durchschrift für die Dienstnehmerin  
bzw. den Dienstnehmer



AN DIE

Beitragskontonummer

**2** **Pflegekarenz –  
Familienhospizkarenz**  
An-, Ab- und  
Änderungsmeldung

.....  
Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers

Familiename/Nachname (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad	Versicherungsnummer		
Vorname/n		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit		

Beginn der Karenz	Tag	Monat	Jahr	Ende der Karenz	Tag	Monat	Jahr
Berichtigung des Beginns der Karenz	Tag	Monat	Jahr	Berichtigung des Endes der Karenz	Tag	Monat	Jahr

- Familienhospizvollzeitkarenz** wegen
  - Sterbebegleitung einer/eines nahen Angehörigen gemäß § 14a AVRAG bzw.
  - Begleitung eines schwerst erkrankten Kindes gemäß § 14b AVRAG gegen Entfall des Entgelts
- Familienhospizteilzeitkarenz**, wenn kein Entgelt über der Geringfügigkeitsgrenze gebührt
- Pflegevollzeitkarenz gemäß § 14c AVRAG** gegen Entfall des Entgelts
- Pflegeteilzeitkarenz gemäß § 14d AVRAG**, wenn kein Entgelt über der Geringfügigkeitsgrenze gebührt

Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers	Unterschrift und Stempel der Dienstgeberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten	
Betriebsart	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in	E-Mail:	
Bevollmächtigte/r bzw. Hersteller/in	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	E-Mail:	
Datum .....		

Durchschrift für die Dienstgeberin bzw.  
den Dienstgeber



AN DIE

Beitragskontonummer

**3** **Pflegekarenz –  
Familienhospizkarenz**  
An-, Ab- und  
Änderungsmeldung

.....  
Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers  
Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad	Versicherungsnummer		
Vorname/n		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit		

Beginn der Karenz	Tag	Monat	Jahr	Ende der Karenz	Tag	Monat	Jahr
Berichtigung des Beginns der Karenz	Tag	Monat	Jahr	Berichtigung des Endes der Karenz	Tag	Monat	Jahr

- Familienhospizvollzeitkarenz** wegen
  - Sterbebegleitung einer/eines nahen Angehörigen gemäß § 14a AVRAG bzw.
  - Begleitung eines schwerst erkrankten Kindes gemäß § 14b AVRAG
 gegen Entfall des Entgelts
- Familienhospizteilzeitkarenz**,  
wenn kein Entgelt über der Geringfügigkeitsgrenze gebührt
- Pflegevollzeitkarenz gemäß § 14c AVRAG**  
gegen Entfall des Entgelts
- Pflegezeitkarenz gemäß § 14d AVRAG**,  
wenn kein Entgelt über der Geringfügigkeitsgrenze gebührt

Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers		Unterschrift und Stempel der Dienstgeberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten
Betriebsart	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in	E-Mail:	
Bevollmächtigte/r bzw. Hersteller/in	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	E-Mail:	
		Datum .....

***Anschrift für die Rücksendung der Meldebestätigung***

*Name* .....

.....

*Straße* .....

*PLZ* ..... *Ort* .....