



AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☑

Beitragskontonummer

1 **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
- 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
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

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 Be- gins 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 Dienst- geberin/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*