



Familienname/ggf. Geburtsname _____
 Vorname _____ Rentenversicherungsnummer (VSNR) _____
 Kundennummer bei der Agentur für Arbeit (soweit bekannt) _____

Diese Bescheinigung ist eine Urkunde, Änderungen oder Ergänzungen der Eintragungen müssen mit gesonderter Unterschrift bescheinigt werden.

1 Versicherungspflicht wegen des Bezuges von Entgeltersatzleistungen / Krankentagegeld / Pflegeunterstützungsgeld

Bitte bescheinigen Sie den Versicherungszeitraum.

von _____ bis * _____ von _____ bis * _____
 von _____ bis * _____ von _____ bis * _____

* Bei Ausschöpfen der Anspruchsdauer bitte zusätzlich "A" eintragen. Ist das Ende nicht abzusehen, bitte "laufend" eintragen.

Grund für die Versicherungspflicht: Unmittelbar vor Beginn des Bezuges der nachfolgend angegebenen Leistung bestand Versicherungspflicht nach dem SGB III oder wurde eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III bezogen oder gilt eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III als bezogen. Folgende Leistung wird oben bescheinigt:

- Krankengeld Versorgungskrankengeld Verletztengeld Mutterschaftsgeld
- Übergangsgeld wegen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme
- Krankentagegeld von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen
- Pflegeunterstützungsgeld

2 Versicherungspflicht von Jugendlichen mit Behinderung

Bitte bescheinigen Sie die Zeiten der Teilnahme an einer Maßnahme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben in einer Einrichtung für behinderte Menschen zur Ermöglichung einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder zur Befähigung für eine Erwerbstätigkeit in einer Einrichtung der Jugendhilfe. Ein Beschäftigungsverhältnis bestand nicht.

von _____ bis _____ von _____ bis _____
 von _____ bis _____ von _____ bis _____

3 Bescheinigung des Bezuges von

- Übergangsgeld wegen einer Maßnahme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben
- Rente wegen voller Erwerbsminderung

von _____ bis _____ von _____ bis _____
 von _____ bis _____ von _____ bis _____

Bei Maßnahmen: Die Teilnahme an der Maßnahme ist vorzeitig beendet worden. Ja Nein

4 Versicherungspflicht wegen einer Pflegezeit gem. § 3 Abs. 1 Satz 1 PflegeZG oder § 26 Abs. 2b SGB III

von _____ bis _____ von _____ bis _____
 von _____ bis _____ von _____ bis _____

Bescheinigungsstelle, Ansprechpartnerin/Ansprechpartner, Unterschrift

Bescheinigungsstelle: _____

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner für Rückfragen:

Frau/Herr _____ Telefon-Nummer: _____

_____ Ort/Datum

_____ Unterschrift/Stempel