

Antrag auf Mutterschaftsgeld für Selbständige

Name	Vorname	Geburtsdatum	Servicenummer
------	---------	--------------	---------------

Telefon-Nr.*	Mobilfunk-Nr.*	E-Mail*
--------------	----------------	---------

☐ Bei einer anderen Krankenkasse habe ich Leistungen der Mutterschaftshilfe nicht beantragt und werde auch keine beantragen.

☐ Mein letzter Arbeitstag/Urlaubstag vor der Entbindung war der _____

☐ Voraussichtlicher Entbindungstag _____

☐ Tatsächlicher Entbindungstag _____

Art und Anschrift des Betriebes:

☐ Ich bin selbst in meinem Betrieb handwerklich oder der Art des Betriebes entsprechend praktisch tätig.

☐ ja ☐ nein

☐ Im Betrieb sind _____ Mitarbeiter beschäftigt.

☐ Während meiner Schutzfrist wird der Betrieb weitergeführt.

☐ ja ☐ nein

☐ Ich nehme vom _____ bis _____ Mutterschutz in Anspruch und bin in diesem Zeitraum nicht selbständig tätig.

☐ Während meiner Schutzfrist tritt ein Einkommensverlust/eine Verminderung der Einnahmen zum Lebensunterhalt ein.

☐ ja ☐ nein

Falls ja, mir verbleibt ein vermindertes Einkommen in Höhe von ca. _____ EUR monatlich

☐ Ich habe Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung oder Kapitalerträgen.

☐ ja ☐ nein

Art der Einkünfte: _____

Höhe _____ EUR

Nach Ablauf des Mutterschaftsgeldes werde ich

☐ Elterngeld in Anspruch nehmen

☐ die selbständige Tätigkeit wieder aufnehmen

Für die Überweisung der Geldleistung geben Sie bitte Ihre Bankverbindung an:

IBAN

Kontoinhaber

Meine Steueridentifikationsnummer lautet (11-stellig)

Mir ist bekannt, dass ich bis zum Ablauf der Schutzfrist (8 Wochen nach der Entbindung) nicht arbeiten darf. Sollte ich die selbständige Tätigkeit nach Beginn der Geldleistung dennoch weiter ausüben, verpflichte ich mich, die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse sofort zu benachrichtigen, um ihr die für diese Zeit zu viel gezahlten Geldleistungen zu erstatten. Dies gilt auch, wenn ich vor Ablauf des Mutterschaftsgeldes eine neue Beschäftigung aufnehme.

Datenschutzhinweis:

Die vorgenannten personenbezogenen Daten sind für die Beurteilung des Leistungsanspruchs auf Mutterschaftsgeld erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind die §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. 24 i SGB V. Die Daten werden ausschließlich für die Zwecke der Leistungsentscheidung gespeichert und verwendet. Ihr Mitwirken ist nach §§ 60 SGB I und 206 SGB V erforderlich. Ohne Ihre Mitwirkung kann über den Leistungsanspruch nicht entschieden werden. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bei eventuellen Rückfragen bitten wir Sie um freiwillige Angabe (*) Ihrer Telefonnummer / Mobilfunknummer / E-Mail-Adresse.

Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Rheinland-Pfalz / Saarland oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen wir für die Verwendung Ihrer Personenstamm- sowie Kontaktdaten Ihre zusätzliche Einwilligung (**). Diese kann ohne Einwilligung des Erziehungsberechtigten nach Vollendung des 15. Lebensjahres rechtswirksam abgegeben werden. Im Rahmen dieser zusätzlichen Einwilligung können Empfänger Ihrer Daten von uns beauftragte Dienstleister sein.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte> oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz / Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten aufgrund Ihrer zusätzlichen Einwilligung (**) erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihr Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Die Erteilung der Einwilligung ist keine Voraussetzung und hat keine Auswirkungen auf Ihre gesetzlichen Leistungsansprüche.

Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Rheinland-Pfalz / Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg wahrnehmen. Sie können den Widerruf auch per E-Mail senden an: widerruf@rps.aok.de.

Einwilligung:**

☐ ¹ Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK Rheinland-Pfalz / Saarland meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

¹ Ankreuzfeld

Ort, Datum

Unterschrift

24 Stunden-Service
Hotline: 0800 4772000
E-Mail: info@service.rps.aok.de
Internet: <http://www.aok.de>

IK-Nr.: 107 310 373
Betriebsnummer: 516 057 25

Öffnungszeiten
Mo. bis Mi. 08:00 - 16:00 Uhr
Do. 08:00 - 18:00 Uhr
Fr. 08:00 - 13:00 Uhr
und nach Vereinbarung

BANK FUER SOZIALWIRTSCHAFT AG
Konto 0008190100
BLZ 55020500
IBAN DE53 5502 0500 0008 1901 00
BIC BFSWDE33MNZ