

Stadt Dessau-Roßlau
Amt für Soziales und Integration

Fragebogen - zum Antrag auf Kostenübernahme i. R. d. § 25 SGB XII/ § 6a AsylbLG

Um prüfen zu können, ob die Voraussetzungen zur Übernahme der aufgrund der Krankenbehandlung entstandenen Kosten durch den Träger der Sozialhilfe vorliegen, wird gebeten, diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurückzugeben. Sollte der vorgegebene Platz für die Angaben nicht ausreichen, ist auf einem gesonderten Blatt fortzusetzen.

Hinweis: Die Beantwortung der Fragen ist für die Ermittlung der Anspruchsvoraussetzungen unerlässlich. Die Daten Erhebung erfolgt nach § 67a DGB X in Verbindung mit §§ 60-65 SGB I.

Angaben zu den persönlichen Verhältnissen		
	Patient/in	Ehegattin/Ehegatte, Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft; Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend)
Nachname		
Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Geschlecht		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend (Lebenspartnerschaft) <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend (Lebenspartnerschaft) <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben seit:
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus		
Beruf		
Anschrift		
Heimatadresse		
Telefon		

Weitere Angehörige (Kinder)	
Nachname, Vorname	Geburtsdatum

Haushaltsangehörige

Wer wohnt alles mit im Haushalt

Anzahl Personen insgesamt

Name, Vorname, Geburtsdatum,
Verhältnis zur/m Patient/in

Kopie des Passes oder eines anderen geeigneten Identitätsnachweises bitte beifügen

Kopie nicht möglich, weil

Freizügigkeitsbescheinigung liegt vor: ja (Kopie bitte beifügen) nein

Bei minderjährigen Patienten: Name, Geburtsdatum, Anschrift der Eltern

Vater:

Mutter:

Aus welchen Gründen sind Sie nach Deutschland gekommen?

Wurde vor Ihrer Einreise gegenüber der Ausländerbehörde oder einer Auslandsvertretung eine Verpflichtungserklärung abgegeben? (Wollte jemand in Deutschland für Ihren Lebensunterhalt sorgen?)

ja Name, Anschrift:
 nein

Bis wann wollen Sie in Deutschland bleiben?

Seit wann halten Sie sich in Dessau-Roßlau auf?

Wo haben Sie sich vor dem Zuzug nach Dessau-Roßlau aufgehalten?

Wenn Sie als Tourist nach Deutschland gekommen sind, sich aber schon länger als 3 Monate hier aufhalten, nennen Sie bitte die Gründe dafür:

Fragebogen - zum Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen des § 25 SGB XII/ § 6a AsylbLG

Sind Sie oder waren Sie bzw. Ihr/e Ehe- oder Lebenspartner/in in Ihrem Herkunftsland krankenversichert?

- ja Name der Versicherung/Sitz bitte angeben:
(Kopie eines Nachweises bitte beifügen)
- nein

Besteht für Sie die Möglichkeit einer Familienversicherung, obgleich Sie volljährig sind?

- ja Name der Versicherung/Sitz/Versicherungsland bitte angeben
(Kopie eines Nachweises bitte beifügen)
- nein

Haben Sie oder hatten Sie bzw. Ihr/e Ehe- oder Lebenspartner/in in Ihrem Herkunftsland eine Reisekrankenversicherung abgeschlossen?

- ja Name der Versicherung/Sitz/Versicherungsland bitte angeben
(Kopie eines Nachweises bitte beifügen)
- nein

Sind Sie oder waren Sie bzw. Ihr/e Ehe- oder Lebenspartner/in in Deutschland krankenversichert?

- ja Name der Versicherung/Sitz bitte angeben
(Kopie eines Nachweises bitte beifügen)
Krankenversicherungsnummer (KV-Nr.):
- Pflichtversicherung
 - Freiwillige Krankenversicherung
 - Familienversicherung
 - Private Krankenversicherung
 - Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V
- nein

Wovon bestritten Sie Ihren Lebensunterhalt in der Heimat?

Wovon bestritten Sie Ihren Lebensunterhalt in Deutschland vor dem Krankenhausaufenthalt?

Haben Sie bzw. Ihr/e Ehe- oder Lebenspartner/in bzw. (bei minderjährigen Patienten) Ihre Eltern Sozialleistungen beantragt?

- ja Bei welcher Behörde?
(Kopie des Antrages bitte beifügen)
- nein

Besitzen Sie Vermögen (Bargeld, Sparguthaben, Grundbesitz, PKW usw.) in Ihrer Heimat, in Deutschland oder einem anderen Land?

- ja In welcher Höhe?
- nein

Fragebogen - zum Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen des § 25 SGB XII/ § 6a AsylbLG

Bezieht Ihr/e Ehe- oder Lebenspartner/in bzw. Ihre (bei minderjährigen Patienten) Eltern Einkommen?

Zahlen Sie Miete für die oben genannte Wohnung?

- ja
 nein

Miete gesamt:	EUR/monatlich
Betriebskosten:	EUR/monatlich
Heizkosten:	EUR/monatlich
Warmwasserkosten:	EUR/monatlich

Erklärung des Patienten/der Patientin

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Abrechnungszwecke im Rahmen eines Antrages auf Kostenübernahme verarbeitet werden.

Datum, Ort, Unterschrift des Patienten/der Patientin

Falls vom Patienten/von der Patientin nicht selbst oder nicht vollständig ausgefüllt

Name, Anschrift, ggfs. Dienststelle des Aufnehmenden / Datum