



## – Landesgraduiertenförderung –

### Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Krankenversicherung

#### Hinweis zur Antragsberechtigung:

Sofern Sie nicht über ein Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, sondern Mitglied sind in der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung oder in einer privaten Krankenversicherung mit mindestens demselben Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung („Basistarif“ oder „Volltarif“), können Sie einen Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Krankenversicherung stellen.

#### Hinweis zur Antragstellung:

Für den Antrag auf Gewährung des Zuschusses zur Krankenversicherung ist es notwendig, dass Sie zusätzlich zu diesem Formular folgende Unterlagen bei der Graduiertenakademie einreichen:

- Nachweis über die Mitgliedschaft in der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung oder in einer privaten Krankenversicherung mit mindestens demselben Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung („Basistarif“ oder „Volltarif“)
- Nachweis über die Höhe des Krankenversicherungsbeitrags

Bis zur Vorlage dieser Nachweise bei der Graduiertenakademie kann Ihr Antrag auf Gewährung des Zuschusses zur Krankenversicherung nicht bearbeitet werden. Bei vollständigem Eingang Ihrer Unterlagen und Gewährung des Zuschusses kann dieser ggf. rückwirkend ausgezahlt werden. Die Auszahlung des Zuschusses kann nur zum Monatsersten beginnen.

#### Hinweis zur Höhe des Krankenkassenzuschusses:

Der Krankenkassenzuschuss kann in Höhe von bis zu 50 % der nachgewiesenen Kosten und bis zu maximal 100,- Euro pro Monat gewährt werden. Berücksichtigt wird der allgemeine Beitragssatz für die Krankenversicherung sowie ggf. Zusatzbeiträge. Beiträge für die Pflegeversicherung werden bei der Berechnung der Höhe des Krankenkassenzuschusses **nicht** berücksichtigt.

#### Technischer Hinweis zum Ausfüllen dieses Formulars:

Bitte speichern Sie diese PDF-Datei auf Ihrem Computer **vor und nach Ausfüllen der Felder**. Ihre Eintragungen werden sonst unter Umständen nicht übermittelt.

**Nutzer von Mac OS:** Bitte benutzen Sie zum Ausfüllen der PDF-Datei den [Adobe Reader for Macintosh](#) statt der integrierten Vorschau von Mac OS. Ihre Daten werden sonst unter Umständen in Windows nicht korrekt angezeigt.

#### Kontakt:

Bitte reichen Sie den Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Krankenversicherung mit den angeforderten Dokumenten in der Graduiertenakademie ein:

Graduiertenakademie Universität Heidelberg – Im Neuenheimer Feld 370 – 69120 Heidelberg

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Team der Landesgraduiertenförderung: [ga-igf@uni-heidelberg.de](mailto:ga-igf@uni-heidelberg.de)

## 1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ LGF-Kennziffer (falls bekannt): \_\_\_\_\_

## 2. ANGABEN ZUR AUSZAHLUNG DES ZUSCHUSSES ZUR KRANKENVERSICHERUNG

*(nicht notwendig, wenn Sie diesen Antrag zusammen mit LGF-Formular 1.03 einreichen oder wenn sich seit Einreichen von LGF-Formular 1.03 keine Änderungen im Hinblick auf diese Angaben ergeben haben)*

### 2.1 Bankverbindung

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_

SWIFT/BIC: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

### 2.2 Allgemeine Angaben zu Beschäftigungsverhältnissen mit der Universität Heidelberg während des Bezugs der Förderung<sup>1</sup>

a) Ich bin Beschäftigte/r an der Uni HD oder stehe in einem verwandtschaftlichen Verhältnis zu einem/einer Beschäftigten der Uni HD  Ja → weiter mit b)  Nein

b) Bitte geben Sie die 8-stellige LBV-Personalnummer des/der Beschäftigten an 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
*(dies betrifft die ersten 8 Ziffern der Personalnummer vor dem Schrägstrich)*

## 3. INFORMATIONEN ZU IHRER KRANKENVERSICHERUNG

Ich bin freiwillig krankenversichert in der:

gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)  privaten Krankenversicherung (PKV)

Name und Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Ich beantrage den Zuschuss zur Krankenversicherung ab (Datum) \_\_\_\_\_.

Höhe des Krankenkassenbeitrags: \_\_\_\_\_ Euro (ggf. inkl. Zusatzbeitrag; **ohne** Beitrag zur Pflegeversicherung)

## VERSICHERUNG

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben. Jede Änderung zu den oben gemachten Angaben werde ich der Graduiertenakademie unverzüglich schriftlich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## ANLAGEN

Nachweis über die Mitgliedschaft in der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung oder in einer privaten Krankenversicherung mit mindestens demselben Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung („Basistarif“ oder „Volltarif“)

Nachweis über die Höhe des Krankenversicherungsbeitrags

## **<sup>1</sup> Allgemeine Angaben zu Beschäftigungsverhältnissen mit der Universität Heidelberg für die Auszahlung der Förderung**

Die Angabe der LBV-Personalnummer ist aufgrund steuer- und sozialversicherungsrechtlicher Pflichten der Universität Heidelberg für die Auszahlung der Förderung notwendig. Sie haben keine Auswirkungen auf die Gewährung der Förderung.

Sollten Sie während des Bezugs der Förderung einem Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis an der Universität Heidelberg nachgehen, muss Ihre LBV-Personalnummer angegeben werden. Die Angabe der LBV-Personalnummer einer/eines Verwandten ist nur dann notwendig, wenn nicht Sie, aber ein/e Angehörige/r nach § 15 der Abgabenordnung (s.u.) ein Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis an der Universität Heidelberg hat, während Sie die Förderung erhalten. Sollten verwandtschaftliche Verhältnisse mit mehreren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Universität vorliegen, genügt die Angabe der LBV-Nummer einer/eines Angehörigen; orientieren Sie sich hierfür bitte an der in §15 der Abgabenordnung vorgegebenen Reihenfolge.

### Verwandtschaftliche Verhältnisse laut § 15 Abgabenordnung:

(1) Angehörige sind:

1. der Verlobte
2. der Ehegatte oder Lebenspartner,
3. Verwandte und Verschwägerte gerader Linie,
4. Geschwister,
5. Kinder der Geschwister,
6. Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
7. Geschwister der Eltern,
8. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder).

(2) Angehörige sind die in Absatz 1 aufgeführten Personen auch dann, wenn in den Fällen der Nummern 2, 3 und 6 die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht.