

## Pièce jointe

Assurance sociale pour les bénéficiaires de l'allocation citoyenne



Veuillez cocher la case appropriée.



En règle générale, veuillez ne pas soumettre de documents originaux, mais plutôt des copies.

Sur [www.jobcenter.digital](http://www.jobcenter.digital), vous trouverez des informations sur nos offres

numériques, la fiche d'information SGB

II et d'autres annexes à la candidature.

Les données suivantes sont soumises au secret social (voir « Fiche d'information SGB II »). Vos informations sont collectées sur la base des articles 60 à 65 du premier livre du code social (SGB I) et des articles 67a, b, c du dixième livre du code social (SGB X) pour les prestations selon le deuxième livre du Code social. le Code Social (SGB II). Vous pouvez obtenir des informations sur la protection des données auprès de l'agence pour l'emploi compétente ainsi qu'en ligne sur [www.arbeitsagentur.de/datenentnahme](http://www.arbeitsagentur.de/datenentnahme).



Pour plus d'informations, voir le numéro correspondant dans les instructions pour remplir le

formulaire sur [www.arbeitsagentur.de/nachrichten-sgb2](http://www.arbeitsagentur.de/nachrichten-sgb2).

## 1. Données personnelles du demandeur

Salutation	Prénom
nom de famille	date de naissance
Numéro de la communauté à besoins (si disponible)	

## 2. Les informations contenues dans cette annexe se réfèrent à la personne suivante :

Communauté de besoin 4

Salutation	Prénom
nom de famille	date de naissance
Numéro d'identification fiscale	
<p>► Le numéro d'identification fiscale est demandé car les subventions pour l'assurance maladie et soins de santé versées par Pôle emploi doivent être déclarées au fisc (article 10 alinéa 4b phrases 4 à 6 de la loi relative à l'impôt sur le revenu). La requête est effectuée exclusivement à cet effet.</p>	

## 3. Subvention pour l'assurance maladie et soins Je demande une

53

<input type="checkbox"/>	subvention pour les cotisations à l'assurance maladie et soins.
Nom de famille la compagnie d'assurance maladie	Numéro d'assurance maladie/ Numéro d'assurance
Nom de la personne assurée	
Institution financière de la caisse d'assurance maladie	
IBAN du compte d'assurance maladie	
Montant mensuel de Cotisation d'assurance maladie en euros	Montant mensuel de Cotisation d'assurance soins infirmiers en euros
Montant mensuel de la contribution au tarif de base en euros (uniquement pour les assurances privées)	
<p>► Merci de fournir un justificatif de la notification en cours du montant de la cotisation mensuelle Pour les assurances maladie et dépendance ainsi que pour les assurances privées, un justificatif de la cotisation que vous paierez au tarif de base.</p>	



2

SV

Modification des notes

A remplir uniquement par Pôle Emploi

Cachet d'entrée

Département

équipe

 Attestation de cotisation Attestation de contribution au tarif de base

## 4. Assurance maladie et soins infirmiers, si disponible au moment de la demande

27

Allocation citoyenne aucune assurance n'existe

- Veuillez remplir la section suivante uniquement si vous ou l'autre personne ne disposez actuellement ni d'une assurance légale ou familiale obligatoire, ni d'une assurance maladie et soins facultative ou privée .

- Moi ou l'autre personne avons récemment bénéficié d'une assurance maladie privée.
- Je suis ou l'autre personne est ou était la dernière
- travailleurs indépendants à temps plein ou -
  - assurés ou ayant droit à des prestations en cas de maladie conformément aux règlements ou principes de la fonction publique (par exemple fonctionnaires, militaires temporaires et militaires de carrière).
- Moi ou l'autre personne avons atteint l'âge de 55 ans et n'avons pas été légalement assurés au cours des cinq dernières années avant de percevoir l'allocation citoyenne. c'était depuis au moins deux ans et demi
- exemptés d'assurance ou -
  - exemptés d'assurance obligatoire ou - non soumis à
  - assurance en raison de l'exercice d'une activité indépendante à temps plein.

- Si l'une des conditions mentionnées ci-dessus s'applique à vous ou à l'autre personne, la personne concernée a droit à cette La personne n'est pas tenue d'avoir une assurance maladie et soins infirmiers en raison du bénéfice de l'allocation citoyenne. Vous pouvez toutefois demander une subvention au titre du chapitre 3 si vous ou l'autre personne vous assurez à titre privé ou volontaire auprès de l'assurance maladie légale. ► Si les exigences mentionnées ci-dessus ne s'appliquent pas à vous ou à l'autre personne , cela s'applique généralement Assurance obligatoire en raison de la perception de l'allocation citoyenne. Veuillez choisir une caisse d'assurance maladie légale et présenter votre attestation d'affiliation dans un délai de deux semaines.

- J'ai reçu le dépliant « Subvention des cotisations d'assurance pour l'assurance maladie et dépendance (§ 26 SGB II) » et je connais son contenu.

Je suis informé de mon droit de passer au tarif de base. J'ai reconnu que si je suis assuré dans une assurance maladie et soins avec franchise et que je reste dans cette assurance, je devrai supporter moi-même les franchises, ce qui peut entraîner pour moi des charges financières.

Je suis informé qu'en tant que personne bénéficiant d'une assurance maladie et soins privée, je devrai payer la part de la cotisation supérieure à la moitié du tarif de base si je ne fais pas usage de la possibilité de passer au tarif de base. .

Lieu Date

Signature du preneur d'assurance

(pour les mineurs : signature du représentant légal)

- J'ai lu la «Fiche d'information pour les ayants droit aux prestations sans assurance maladie et soins infirmiers» et je suis informé de l'obligation légale de m'assurer contre les risques de maladie et de soins ainsi que des conséquences de ne pas être assuré.

Lieu Date

Signature de la personne non assurée (pour les mineurs : signature du représentant légal)

Je confirme que les informations sont correctes.

Lieu Date

Signature du demandeur (pour les mineurs : signature du représentant légal)

## Modification des notes

A remplir uniquement par Pôle Emploi

 Certificat d'adhésion Dépliant « Subvention KV/PV". Dépliant "LB sans KV/PV".

Dans ce qui suit  
Les sections étaient en  
Présence du client  
Modifications apportées  
par le client :

Signe de la main, date

Signature du client