


Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice **mhplus**
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

Щоб стати членом mhplus виконайте такі дії:

Заповніть заявку на членство та не
забудьте її підписати.

Надішліть заявку назад поштою
(безкоштовно разом із нашим зворотним
конвертом), електронною поштою
(info@krankenkasseninfo.de) або факсом
(0345 - 68266 - 29).

Ви отримаєте медичну картку та страхове
підтвердження для центру зайнятості від mhPLUS

швидкий шлях до членства

- (1) виріжте поле для відповідей у позначеній лінії
- (2) наклеїти його на конверт
- (3) Покладіть заявку в конверт
- (4) відправлять у поштову скриньку (безкоштовно)



Прізвище, ім'я, | Name, Vorname

Дата народження | Geburtsdatum

А Д А М М Р Р Р Р

Інші дані (поставте хрестик) | Sonstige Angaben (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Я також виконую незалежну діяльність (заповніть наступну сторінку).
Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus (bitte **Folgeseite** ausfüllen).
- Я навчаюся на додаток до роботи (надіть підтвердження зарахування, а також заповніть наступну сторінку). Кількість годин роботи (щотижня)
Ich studiere neben meiner Beschäftigung (bitte **Studienbescheinigung** mitsenden und zusätzlich **Folgeseite** ausfüllen). Stundenanzahl Beschäftigung (wöchentlich)
- Я отримую пенсію від німецького фонду пенсійного страхування або аналогічного закладу за кордоном (надішліть повідомлення про нарахування пенсії).
Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland (bitte **Rentenbescheid** mitsenden).
- Я отримую пенсію від попереднього роботодавця, наприклад пенсію, пенсію від підприємства та додаткову пенсію (надішліть повідомлення від пенсійного фонду).
Ich erhalte Versorgungsbezüge, z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten (bitte **Bescheid** der Versorgungsstelle mitsenden).
- Мене звільнено від обов'язку зі страхування здоров'я за запитом (надішліть копію повідомлення).
Ich wurde auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht befreit (bitte Kopie des **Bescheides** mitsenden).
- Я отримую виплати з обов'язкової страховки на випадок потреби у догляді.
Ich erhalte Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Дані про попередню медичну страховку | Angaben zur bisherigen Krankenversicherung

- Раніше я був(ла) | Ich war bisher**
- застрахованою особою добровільно застрахованою особою застрахованою особою у рамках страхування членів сім'ї
pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert
- застрахованою особою в приватному порядку застрахованою особою за кордоном
privat versichert im Ausland versichert

Назва поточної каси медичного страхування | Name der bisherigen Krankenkasse

від до
vom bis zum

Я вибрав(ла) там ставку. | Ich habe dort einen Wahltarif gewählt.

Страхування членів сім'ї | Familienversicherung

- Я хочу застрахувати членів своєї сім'ї безкоштовно.
Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern.
- Надішліть мені заяву.
Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.
- Заява у вкладенні.
Der Antrag liegt bei.

А Д А М М Р Р Р Р

Дата | Datum

Підпис | Unterschrift

Я | Ich bin

- Державний службовець Пенсіонер Домогосподарка/домогосподар Отримувач соціального забезпечення
Beamter/Beamtin Pensionär/in Hausfrau/Hausmann Sozialhilfeempfänger/in
- Учень (надіть довідку зі школи) Студент (надіть підтвердження зарахування)
Schüler/in (bitte **Schulbescheinigung** mitsenden) Student/in (bitte **Studienbescheinigung** mitsenden)
- Пенсіонер (надіть повідомлення про нарахування пенсії) Подано заяву про нарахування пенсії Дата подачі заяви
Rentner/in (bitte **Rentenbescheid** mitsenden) Rente wurde beantragt Antragsdatum

- Самозайнятий як Засновник компанії з субсидією для компаній (надіть підтвердження)
selbstständig als Existenzgründer/in mit Gründungszuschuss (bitte **Bescheid** mitsenden)

Додаткові дані про самозайнятість | Weitere Angaben zur selbstständigen Tätigkeit

- Кількість щотижневих робочих годин | Anzahl wöchentliche Arbeitsstunden
- Число працівників | Anzahl Beschäftigte з яких працівників з мінімальною заробітною платою | davon geringfügig Beschäftigte
- Я працюю повний робочий день. | Ich übe die Tätigkeit hauptberuflich aus.
- Надішліть мені інформацію про страхування з виплатами на випадок хвороби від початку 7-го тижня (тільки для штатних самозайнятих).
Bitte senden Sie mir Informationen zur Versicherung mit Krankengeld ab Beginn der 7. Woche (nur für hauptberuflich selbstständig Tätige).

Дані про коефіцієнти доходів | Angaben zu den Einkommensverhältnissen

- Мій щомісячний валовий дохід становить понад 4837,50 євро (58 050,00 євро на рік).
Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.837,50 Euro (jährlich 58.050,00 Euro).
- На моїх чоловіка/дружину не поширюється законна медична страховка (надіть підтвердження доходу).
Mein Ehegatte ist nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (bitte **Einkommensnachweise** mitsenden).
- Кількість дітей на утриманні (без урахування власних доходів): з яких спільних дітей
Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen): davon gemeinsame Kinder

