



LANDESPFLEGEKAMMER RHEINLAND-PFALZ

Geschäftsbereich Administration
Große Bleiche 14-16
55116 Mainz

Mitgliedsnummer:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Geburtsdatum: _____

ANTRAG AUF BEITRAGSBEFREIUNG

Hiermit beantrage ich eine Befreiung (gem. §5 Beitragsordnung Landespflegekammer Rheinland-Pfalz) des Beitrages aus folgenden Gründen :

- Beschäftigungsverbot/Mutterschutz/Elternzeit
- **Nachweis** über Dauer (Beginn und Ende) Beschäftigungsverbot/Mutterschutz/Elternzeit ist beizufügen (Kopie ist ausreichend), z.B. ärztl. Attest bei Beschäftigungsverbot, Bestätigung Arbeitgeber bei Mutterschutz/Elternzeit etc.)
- Bezug Krankengeld von Krankenkasse
- **Nachweis** über Dauer (Beginn und Ende) des Krankengeldbezuges ist beizufügen. Dieses Schreiben erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse (Kopie ist ausreichend). Eine alleinige Zusendung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung genügt nicht.
- Kein Einkommen aufgrund unbezahltem Urlaub
- **Nachweis** über Dauer (Beginn und Ende) ist beizufügen (Kopie ist ausreichend).

Der Antrag kann nur bis zu drei Monate nach Eintritt des Befreiungs- oder Ermäßigungsgrundes rückwirkend gestellt werden. Die Beitragsbefreiung oder -ermäßigung ist für jedes Beitragsjahr neu zu beantragen (§5 Abs. 3 Beitragsordnung).

Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag erst ab dem Zeitpunkt einer wirksamen — unterschriebenen Antragstellung inklusive vollständiger Nachweise rechtsgültig ist. Die Zusendung der Unterlagen per Mail ist **NICHT** ausreichend!

Ort, Datum

X

UNTERSCHRIFT