

**ANFRAGE EINER ENTSCHEIDUNG AN DEN VERTRAUENSARZT DER  
KRANKENKASSE FÜR DEN ALS ARBEITSUNFÄHIG ANERKANNTEN  
FREIWILLIGEN ARBEITER im Sinne des Gesetzes vom 03/07/2005  
abgeändert durch das Gesetz vom 19/07/2006**

**INFORMATION - FREIWILLIGENARBEIT**

**Ich möchte arbeiten/Ich arbeite (\*) als Freiwilliger für nachstehende Organisation, auf Basis der durch diese Organisation gelieferten Angaben:**

Name und Vorname des Freiwilligen	
N° des Nationalregisters oder der SIS-Karte	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	

**Angaben betreffend der Organisation der Freiwilligenarbeit: (ein Antragsformular pro Einrichtung/Organisation)**

<b>Name</b>	
<b>Adresse</b>	
Telefon	
E-Mail	
Soziale Zielsetzung	

**Angaben zu der Tätigkeit bei dieser Einrichtung/Organisation für welche ich die Entscheidung des Vertrauensarztes beantrage:**

Zeitraum	<input type="checkbox"/> Unbefristete Periode ab dem .....	<input type="checkbox"/> Bekannte Periode bereits festgelegt vom ..... bis .....
<b>Wichtig: Art und Umfang der Tätigkeiten die ich als Freiwilliger ausübe:</b>		

(\*) Unzutreffendes bitte streichen

Bitte das zutreffende ankreuzen:

- Die Organisation sieht keine Entschädigung vor für die geleistete Freiwilligenarbeit.
- Die Organisation zahlt eine pauschale Entschädigung (unter Berücksichtigung der gesetzlichen Höchstsätze von 33,36 €/Tag, bzw. 1.334,55 €/Jahr – Stand 01.01.17)
- Die Organisation vergütet die reellen Unkosten auf Basis vorgelegten Belegen.
- gewährt Naturalleistungen: *(zum Bsp.. Mahlzeit – Buskarte ...)*
- Andere Regelung: bitte beschreiben: .....

---

Ich verpflichte mich, meiner Krankenkasse unverzüglich jede eintretende Änderung in den oben vermerkten Angaben zu melden.

Gelesen und genehmigt:

Datum: \_\_\_\_\_ Name und Unterschrift des Freiwilligen:

-----  
-----

Entscheidung des Vertrauensarztes:

Datum : \_\_\_\_\_

Unterschrift : \_\_\_\_\_