



3



## Bescheinigung gemäß § 312 Absatz 3 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)

Die Bescheinigung ist vom Leistungsträger auszufüllen.



**Wichtig** Diese Bescheinigung ist eine Urkunde. Änderungen oder Ergänzungen der Eintragungen müssen mit gesonderter Unterschrift bescheinigt werden.

**Hinweis** Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen. Datumsangaben bitte im Format (TT.MM.JJJJ) eintragen.

### A. Angaben zur versicherungspflichtigen Person

1 Vorname

2 Nachname

3 gegebenenfalls Geburtsname

4 Rentenversicherungsnummer (VSNR)

5 Kundennummer bei der Bundesagentur für Arbeit (soweit bekannt)

### B. Versicherungspflicht wegen des Bezuges von Entgeltersatzleistungen/ Krankentagegeld/Pflegeunterstützungsgeld

6 Bitte bescheinigen Sie den Versicherungszeitraum (bei Ausschöpfen der Anspruchsdauer bitte zusätzlich „A“ eintragen, ist das Ende nicht abzusehen, bitte „laufend“ eintragen):

Zeitraum 1 von bis Zeitraum 2 von bis

Zeitraum 3 von bis Zeitraum 4 von bis

#### Grund für die Versicherungspflicht

Unmittelbar vor Beginn des Bezuges der nachfolgend angegebenen Leistung bestand Versicherungspflicht nach dem SGB III oder ein Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III oder gilt eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III als bezogen.

7 Folgende Leistung wird unter Ziffer 5 bescheinigt:

Krankengeld

Krankengeld der Sozialen Entschädigung (Versorgungskrankengeld bis 31.12.2023)

Verletztengeld

Mutterschaftsgeld

Übergangsgeld wegen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme

Krankentagegeld von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

Pflegeunterstützungsgeld



\*S1\*

## C. Versicherungspflicht von Jugendlichen nach § 26 Absatz 1 Nummer 1 SGB III

8 Bitte bescheinigen Sie die Zeiten der Teilnahme an einer Maßnahme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben in einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation zur Ermöglichung einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder die Zeiten der Teilnahme an einer Maßnahme zur Befähigung für eine Erwerbstätigkeit in einer Einrichtung der Jugendhilfe. Ein Beschäftigungsverhältnis bestand nicht.

Zeitraum 1 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Zeitraum 2 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Zeitraum 3 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Zeitraum 4 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

9 Handelte es sich um eine rehabilitationsspezifische berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme?

Ja                      Nein

## D. Bescheinigung des Bezugs von Übergangsgeld oder Rente

10 Folgende Leistung wird bescheinigt:

Übergangsgeld wegen einer Maßnahme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

Rente wegen voller Erwerbsminderung

11 Bitte bescheinigen Sie die Zeiten des Bezuges der Leistung:

Zeitraum 1 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Zeitraum 2 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Zeitraum 3 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Zeitraum 4 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

12 Bei Maßnahmen: Wurde die Teilnahme an der Maßnahme vorzeitig beendet?

Ja                      Nein

## E. Versicherungspflicht wegen einer Pflegezeit gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 Pflegezeitgesetz oder § 26 Absatz 2b SGB III

13 Bitte bescheinigen Sie die Zeiten der Versicherungspflicht:

Zeitraum 1 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Zeitraum 2 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Zeitraum 3 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Zeitraum 4 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## F. Bescheinigungsstelle, Ansprechpartner/-in, Unterschrift

14 Bescheinigungsstelle

### Ansprechpartner/-in für Rückfragen

15 Vorname

16 Nachname

17 Telefon

18 Ort

19 Datum

20 Unterschrift



\*S2\*