

Kindesmutter: Name, Vorname	Geburtsdatum:
Antragsteller: <small>(nur wenn nicht Kindesmutter)</small>	Geburtsdatum:
Kind(er): Name, Vorname(n)	Geburtsdatum:

Von der Krankenkasse auszufüllen

die Kindesmutter hat Anspruch auf Mutterschaftsgeld
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro
Mitgliedsnummer: _____

die Kindesmutter hat keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld

Datum, Unterschrift der Krankenkasse

Stempel Krankenkasse

Vom Arbeitgeber/ Dienstherrn auszufüllen

die Kindesmutter hat Anspruch auf einen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld / beamtenrechtliche Bezüge für die Zeit der Mutterschutzfrist

vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro

die Kindesmutter hat Anspruch auf Zuschüsse nach beamtenrechtlichen Vorschriften
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro

die Kindesmutter hat keinen Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuss/ erhält keine beamtenrechtlichen Bezüge in der Mutterschutzfrist

o. a. Antragsteller(in) ist/ war bei uns beschäftigt als

Arbeiter(in)/ Angestellte(r) seit: _____ unbefristet/ befristet bis _____
 Beamte(r)in seit: _____ unbefristet/ befristet bis _____
 Auszubildende(r) seit: _____ befristet bis _____

Elternzeit wurde beantragt für die Zeit
vom _____ bis _____ vom _____ bis _____

anteiliger **Jahresurlaub** im Anschluss an die Mutterschutzfrist
vom _____ bis _____
Bei einer Arbeitszeit von _____ Stunden die Woche und einer 5- / 6- / ____ / Tage-Woche.

Teilzeittätigkeit wird im Elterngeldbezug ausgeübt
vom _____ bis _____
Bei einer Arbeitszeit von _____ Stunden die Woche und einer 5- / 6- / ____ / Tage-Woche.

Datum, Unterschrift Arbeitgeber/ Dienstherr

Stempel Arbeitgeber/ Dienstherr