

Arbeitshilfe zu § 23 SGB XII

Beteiligung der Grundsicherungs- und Sozialdienststellen im Rahmen des Konzeptes der „Clearingstelle Gesundheitsversorgung Ausländer“ ab 2015
(Gz.: SI 225 / 507.13-7-7-3-4-5-17)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Ziel
2. Vorgaben
3. Berichtswesen
4. Inkrafttreten

1. Einleitung und Ziel

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass für ausländische EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, die sich in Deutschland aufhalten, eine Absicherung im Krankheitsfall besteht, insbesondere über eine deutsche gesetzliche oder private Krankenversicherung. In erster Linie benötigen EU-Bürgerinnen und EU-Bürger Unterstützung bei der Durchsetzung des Krankenversicherungsschutzes, da es hier in der Praxis noch Schwierigkeiten bei der tatsächlichen Aufnahme in die Krankenversicherung gibt.

Zu diesem Zweck hat die Freie und Hansestadt Hamburg (FHH) mit der „Clearingstelle Gesundheitsversorgung Ausländer“ (Clearingstelle) und den beiden Kooperationspartnern Diakonisches Werk (Fachstelle Zuwanderung Osteuropa) und Evangelische Auslandsberatung e.V. eine Kooperationsvereinbarung geschlossen (siehe **Anlage 1**). Danach berät die Clearingstelle die hilfeschenden EU-Bürgerinnen und EU-Bürger und nimmt mit diesen bei Vorliegen der Voraussetzungen für einen Krankenversicherungsschutz in Deutschland die Anzeige gegenüber einer Krankenkasse bzw. einem privaten Krankenversicherungsunternehmen vor. Anschließend verweist die Clearingstelle die hilfeschende Person mit deren Einverständnis an einen der Kooperationspartner, der auf die tatsächliche Realisierung der Absicherung durch eine Krankenversicherung hinwirkt.

Unter Umständen kann jedoch eine ärztliche Behandlung bereits erforderlich sein, bevor diese Absicherung mit Unterstützung eines der Kooperationspartner realisiert werden kann. Bei Vorliegen eines entsprechenden sog. **dringenden und unabweisbaren Behandlungsbedarfes** verweist die Clearingstelle die hilfeschende Person daher parallel an die örtlich zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle zur Prüfung einer Vorleistung.

Mit dieser Arbeitshilfe soll ein einheitliches Vorgehen bei der Umsetzung dieses Verfahrens sichergestellt werden.

Diese Arbeitshilfe kommt nicht zur Anwendung, wenn keine Krankenkasse zur Leistung verpflichtet ist oder die hilfeschende Person originäre Leistungsansprüche nach § 23 SGB XII hat (siehe Ziffer 2.1)!

2. Vorgaben

2.1 Zielgruppe

Die Prüfung einer Vorleistung kommt nur dann in Betracht, wenn eine ausländische EU-Bürgerin bzw. ein ausländischer EU-Bürger mit gewöhnlichem Aufenthalt in Hamburg von der Clearingstelle an die örtliche zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle verwiesen worden ist und die Clearingstelle insbesondere zuvor eine umfassende Prüfung der Absicherung im Krankheitsfall und die Anzeige bei einer Krankenkasse vorgenommen hat.

Nicht in Betracht kommt eine Vorleistung in folgenden Fällen:

- Die hilfesuchende Person hat originäre Ansprüche nach § 23 SGB XII.
- Die hilfesuchende Person ist der privaten Krankenversicherung (PKV) zuzuordnen (ggf. nach Überprüfung durch einen der Kooperationspartner). In diesen Fällen kann eine originäre Leistungsberechtigung nach § 23 SGB XII in Betracht kommen (s.o.), z.B. wenn noch kein Vertragsabschluss mit der PKV vorliegt.
- Die hilfesuchende Person kommt ihrer Mitwirkungspflicht nicht nach (gegenüber der Grundsicherungs- und Sozialdienststelle und/oder gegenüber den Kooperationspartnern).
- Sofern für die hilfesuchende Person bereits ein Behandlungsschein nach Kap. 5 SGB XII im Rahmen der Vorleistung (siehe Ziffer 2.5) durch eine Grundsicherungs- und Sozialdienststelle ausgegeben worden ist (= grundsätzlich keine mehrfache Vorleistung). In Zweifelsfällen ist Rücksprache mit der zuständigen Fachbehörde vorzunehmen.

Eine Vorleistung ist hingegen grundsätzlich möglich, wenn ein Anspruch nach § 23 SGB XII nur deswegen ausscheidet,

- weil eine Krankenkasse als vorrangiger Leistungsträger in Betracht kommt,
- eine Absicherung über diese jedoch zum Zeitpunkt der Prüfung tatsächlich noch nicht realisiert wurde und
- ein dringender und unabweisbarer Behandlungsbedarf tatsächlich besteht (siehe Ziffer 2.4).

Hinweis: Eine Krankenkasse kommt auch dann weiterhin als vorrangiger Leistungsträger in Betracht, wenn diese ihre Zuständigkeit zunächst abgelehnt hat. Dies gilt so lange, bis die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse durch die Rechtsabteilung der zuständigen Fachbehörde (siehe Ziffer 2.6) oder durch einen der Kooperationspartner (siehe Ziffer 2.7) endgültig geklärt ist.

2.2 Erforderliche Unterlagen

Die örtlich zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle erhält vorab von der Clearingstelle per Fax sowie sodann von der hilfeschenden Person selbst alle relevanten Fallunterlagen, insbesondere

- die Kopie der erfolgten Anzeige bei einer Krankenkasse bzw. einem privaten Krankenversicherungsunternehmen,
- die Angabe des zuständigen Kooperationspartners sowie
- die „Persönliche Erklärung zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen“ der hilfeschenden Person (siehe Ziffer 2.3).

2.3 Prüfung der Hilfebedürftigkeit

Zunächst prüft die örtlich zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle die Voraussetzungen des § 23 SGB XII (siehe Ziffer 2.1).

Insbesondere muss die hilfeschende Person **hilfebedürftig** sein.

Zur Unterstützung der örtlich zuständigen Grundsicherungs- und Sozialdienststelle bei der Prüfung der Hilfebedürftigkeit ist die „Persönliche Erklärung zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen“ der hilfeschenden Person heranzuziehen (siehe Muster in Anlage 2). Die örtlich zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle soll diese Erklärung als Grundlage für ihre Entscheidung über die Hilfebedürftigkeit nehmen. Diese schriftliche Erklärung der hilfeschenden Person lässt eine gesonderte Pflicht zur Überprüfung der Hilfebedürftigkeit durch die örtlich zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle nicht entfallen, wenn z.B. offenkundig unglaubwürdige Angaben vorliegen.

Liegt keine Hilfebedürftigkeit vor, ist eine Vorleistung seitens des Trägers der Sozialhilfe ausgeschlossen.

2.4. Feststellung des dringenden und unabweisbaren Behandlungsbedarfes

Grundsätzlich nimmt die Clearingstelle die Prüfung vor, ob ein dringender und unabweisbarer Behandlungsbedarf im Einzelfall vorliegt. Stellt die Clearingstelle einen dringenden und unabweisbaren Behandlungsbedarf im Einzelfall fest, verweist sie die hilfeschende Person an die örtlich zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle.

Liegt eine entsprechende Feststellung der Clearingstelle vor, bedarf es grundsätzlich keiner erneuten Prüfung und Entscheidung durch die örtlich zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle. Die Entscheidung der Clearingstelle kann vielmehr zugrunde gelegt werden.

Eine gesonderte Überprüfung des dringenden und unabweisbaren Behandlungsbedarfes durch die örtlich zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle ist jedoch erforderlich, wenn z.B. un schlüssige oder offensichtlich fehlerhafte Angaben vorliegen. In Zweifelsfällen kann die örtlich zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle das Fachamt Gesundheit zur Unterstützung heranziehen.

Ein dringender und unabweisbarer Behandlungsbedarf besteht, wenn

- einerseits kein **Eilfall im Sinne des § 25 SGB XII** vorliegt (siehe Arbeitshilfe zu § 25 SGB XII) und

- andererseits aufgrund des Gesundheitszustandes der/des Hilfesuchenden mit der Behandlung bis zur abschließenden Klärung der Aufnahme in eine Krankenversicherung nicht abgewartet werden kann.

2.5 Vorleistung durch den Träger der Sozialhilfe

Sofern eine Vorleistung grundsätzlich in Betracht kommt, sendet die örtlich zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle zunächst ein Schreiben an die Krankenkasse (vorab per Fax und anschließend per Einschreiben mit Rückschein). Sie weist darin auf die von der Clearingstelle bereits übermittelte Anzeige hin und fordert die Krankenkasse unter Fristsetzung auf, die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung zu bestätigen bzw. die Zuständigkeit anzuerkennen (siehe Musterschreiben an die Krankenkasse in **Anlage 3**).

Hinweis: Eine Vorleistung scheidet nicht aus, wenn eine Krankenkasse grundsätzlich zur Leistung verpflichtet ist, die Absicherung über diese aber noch nicht realisiert wurde und aufgrund eines dringenden und unabweisbaren Behandlungsbedarfs auch nicht mehr rechtzeitig umgesetzt werden kann (siehe Ziffer 2.1). Die Wiederherstellung des Nachrangs der Sozialhilfe erfolgt über die Kostenerstattung (siehe Ziffer 2.7).

Grundsätzlich ist der Krankenkasse eine **sehr kurze Frist** zu setzen, insbesondere aufgrund der Dringlichkeit der Behandlung sowie der bereits vorangegangenen Anzeige durch die Clearingstelle. Die Länge der Frist hängt im Einzelfall davon ab, wie dringend der Behandlungsbedarf ist und wieviel Zeit bereits seit der Anzeige durch die Clearingstelle bei der Krankenkasse verstrichen ist. Regelmäßig dürften Fristen **zwischen einem und fünf Werktagen** angemessen sein.

Erfolgt bis zum Fristablauf keine Bestätigung der Mitgliedschaft bzw. keine Anerkennung der Zuständigkeit durch die Krankenkasse, wird seitens der örtlichen zuständigen Grundsicherungs- und Sozialdienststelle von einem vorläufig ungeklärten Versicherungsverhältnis bzw. einer vorläufigen Verneinung der Zuständigkeit durch die Krankenkasse ausgegangen, so dass der Träger der Sozialhilfe nach § 43 SGB I in **Vorleistung** treten kann. Die örtlich zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle erteilt der hilfesuchenden Person dann einen **Behandlungsschein** im Rahmen von Kap. 5 SGB XII und **vermerkt auf dem Behandlungsschein**, dass es sich um eine **vorläufige Leistungserbringung nach § 43 SGB I** handelt.

Hinweis: Die hilfesuchende Person ist ggf. darauf hinzuweisen, dass der Behandlungsschein nur für eine ambulante ärztliche Behandlung gilt (wie auf dem Behandlungsschein abgedruckt). Für eine stationäre Behandlung ist eine Krankenhauseinweisung durch den behandelnden Arzt sowie die Bewilligung der stationären Behandlung durch die örtlich zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle erforderlich.

2.6 Kostenerstattung

Parallel zur Vorleistung wird die Forderung durch die örtlich zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle bei der zuständigen Krankenkasse zur Kostenerstattung nach § 102ff. SGB X geltend gemacht.

Hierzu erfolgt zunächst eine „Geltendmachung“ des Erstattungsanspruches dem Grunde nach zur Wahrung der Ausschlussfrist nach § 111 SGB X (Anmeldung des Erstattungsanspruches). Die Höhe des Erstattungsbetrages muss noch nicht beziffert werden. Das Erstattungsbegehren ist in jedem Fall schriftlich geltend zu machen und die schriftliche Bestätigung

des Eingangs der Anmeldung ist gegenüber der Krankenkasse anzufordern (siehe Muster-schreiben in **Anlage 4**).

Sollte die Bestätigung des Eingangs der Anmeldung durch die Krankenkasse nicht innerhalb von zwei Wochen nach Absendung des o.g. Schreibens erfolgen, ist die Eingangsbestätigung durch die örtlich zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle anzumahnen bzw. ggf. das Anmeldeschreiben erneut zu versenden.

Da die Abrechnung von in Anspruch genommenen Behandlungsscheinen zeitverzögert erfolgt und daher eine konkrete Bezifferung des Kostenerstattungsanspruches nicht sofort möglich ist, ist eine **Wiedervorlage** einzurichten (bei erstmaliger Einrichtung sollte die Wiedervorlage in **drei Monaten** erfolgen, bei erneuter Wiedervorlage weitere drei Monate usw.).

Bei Wiedervorlage erfolgt die Kontaktaufnahme mit der Rechnungsstelle der zuständigen Fachbehörde zur Übermittlung der für die konkrete Bezifferung des Erstattungsanspruches erforderlichen Daten. Hierfür ist eine formlose Nachricht an das Funktionspostfach „BASFI-SI 223“ der Rechnungsstelle unter Angabe des vollständigen Namens und des Geburtsdatums der entsprechenden Person sowie des Gültigkeitszeitraumes des entsprechenden Behandlungsscheines zu versenden.

Eine Fallabgabe an die Rechtsabteilung der zuständigen Fachbehörde erfolgt, sobald eine **streitige Auseinandersetzung** mit der Krankenkasse über den Kostenerstattungsanspruch vorliegt. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Krankenkasse bei der Geltendmachung oder nach der Bezifferung des konkreten Kostenerstattungsanspruches ihre Zuständigkeit verneint bzw. trotz einer Anmahnung (s.o.) keine Reaktion der Krankenkasse erfolgt. Für die Fallabgabe an die Rechtsabteilung der zuständigen Fachbehörde bedarf es einer Sachverhaltsschilderung nebst Angabe des bezifferten Kostenerstattungsanspruches (soweit dies zum Zeitpunkt der Fallabgabe schon möglich ist).

Im Übrigen wird auf die Fachanweisung „Durchführung von Erstattungsverfahren nach §§ 106ff. Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) sowie §§ 102ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X)“ hingewiesen.

2.7 Informationsaustausch mit den Kooperationspartnern

Die örtlich zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle und der jeweilige Kooperationspartner tauschen sich regelmäßig über den aktuellen Stand des Verfahrens aus, insbesondere

- wenn die hilfesuchende Person in eine Krankenversicherung aufgenommen wird bzw. eine Krankenversicherung die Mitgliedschaft der hilfesuchenden Person bestätigt
- oder eine Korrektur der Anzeige bei einer Krankenkasse erfolgt (z.B. Zuständigkeit einer anderen Krankenversicherung).

Im Übrigen ist im Hinblick auf diesen Informationsaustausch zwischen den Kooperationspartnern eine schriftliche Einverständniserklärung der hilfesuchenden Person nicht erforderlich, weil der Informationsaustausch bereits durch gesetzliche Regelungen erlaubt ist.

Die Kontaktdaten der Kooperationspartner sind auf den jeweiligen Internetseiten öffentlich abrufbar:

- Clearingstelle:
http://www.fz-hh.de/de/projekte/clearingstelle_mv.php

- Diakonisches Werk:
<http://www.diakonie-hamburg.de/web/rat-und-hilfe/migration/angebote/Fachstelle-Zuwanderung-Osteuropa-859915>
- Evangelische Auslandsberatung:
<http://www.ev-auslandsberatung.de/eu-sozialberatung.php> sowie
<http://www.ev-auslandsberatung.de/kontakt.php>

3. Berichtswesen

Die für das Controlling benötigten Daten werden von den beteiligten Trägern erhoben. Zudem können Auswertungen durch die Rechnungsstelle der zuständigen Fachbehörde vorgenommen werden. Weitere Daten werden ggf. aus dem Datawarehouse entnommen. Die Grundsicherungs- und Sozialdienststellen berichten unverzüglich, wenn sich außergewöhnliche Entwicklungen abzeichnen.

4. Inkrafttreten

Diese Arbeitshilfe tritt am 01.01.2015 in Kraft.

Downloads:

- Anlage 1: Kooperationsvereinbarung
- Anlage 2: Muster für die „Persönliche Erklärung zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen“
- Anlage 3: Musterschreiben an Krankenkasse zur Bestätigung der Mitgliedschaft
- Anlage 4: Musterschreiben zur Geltendmachung des Kostenerstattungsanspruches

Vereinbarung

über die Kooperation zur Unterstützung von EU-Bürgerinnen und -Bürgern bei dem Zugang zur Krankenversicherung

zwischen der

Freien und Hansestadt Hamburg,

vertreten durch die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration
(nachfolgend FHH),

dem

Diakonischen Werk Hamburg – Landesverband der Inneren Mission e.V.

(nachfolgend Diakonisches Werk),

der

Evangelischen Auslandsberatung e.V.

(nachfolgend Evangelische Auslandsberatung)

und der

Zentralen Information und Beratung für Flüchtlinge gGmbH

als Trägerin der Clearingstelle Gesundheitsversorgung Ausländer
(nachfolgend Flüchtlingszentrum)

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass für EU-Bürgerinnen und -Bürger, die sich in Deutschland aufhalten, eine Absicherung im Krankheitsfall besteht, insbesondere über eine deutsche gesetzliche oder private Krankenversicherung.

Da sich in der Praxis für diese Personen allerdings Probleme bei dem Zugang zum Versicherungsschutz ergeben können, schließen die Parteien diese Vereinbarung mit dem Ziel, die Integration von EU-Bürgerinnen und -Bürgern in den Krankenversicherungsschutz effektiv zu befördern.

Das Diakonische Werk, die Evangelische Auslandsberatung, das Flüchtlingszentrum und die Fachämter für Grundsicherung und Soziales der Bezirksämter der FHH arbeiten eng miteinander zusammen, damit EU-Bürgerinnen und -Bürger Zugang zur Krankenversicherung erhalten und bestehenden Krankenversicherungsschutz auch tatsächlich in Anspruch nehmen können. Dazu berät das Flüchtlingszentrum die Betroffenen im Rahmen der „Clearingstelle Gesundheitsversorgung Ausländer“ über die insoweit existierenden Möglichkeiten des Zugangs zu einem Krankenversicherungsschutz und unterstützt insbesondere die Anmeldung der betroffenen EU-Bürgerinnen und -Bürger bei der Krankenversicherung. Unabhängig davon, dass die FHH gegebenenfalls für die medizinische Versorgung finanziell in Vorleistung tritt, kontaktiert die Clearingstelle zur Unterstützung der betroffenen EU-Bürgerinnen und -Bürger die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Diakonischen Werkes (im Rahmen der

Gesamtstätigkeit des Projekts „Fachstelle Zuwanderung Osteuropa“) oder der Evangelischen Auslandsberatung. Sowohl das Projekt des Diakonischen Werkes als auch die Evangelische Auslandsberatung nehmen eine intensive Einzelfallbegleitung auch von Personen, die sie über die Clearingstelle erreichen, mit dem Ziel vor, für die EU-Bürgerinnen und -Bürger tatsächlichen Krankenversicherungsschutz zu erreichen. Zu diesem Zweck tauschen die Fachämter für Grundsicherung und Soziales, das Flüchtlingszentrum, das Diakonische Werk und die Evangelische Auslandsberatung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zudem wechselseitig die erforderlichen Informationen aus.

Hamburg, den 08.07.2014

[REDACTED]

Diakonisches Werk Hamburg – Landesverband der Inneren Mission e.V.

[REDACTED] Vorstand

[REDACTED]

Evangelische Auslandsberatung e.V.

[REDACTED] Geschäftsführerin

[REDACTED]

Zentrale Information und Beratung für Flüchtlinge gGmbH

[REDACTED] Geschäftsführer

[REDACTED]

Freie und Hansestadt Hamburg, vertreten durch die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration

[REDACTED] stellvertretender Leiter des Amtes für Soziales

Persönliche Erklärung zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen

Hiermit erkläre ich als Antragstellerin/Antragsteller,

Vorname(n)	Familiename(n)
geboren am:	geboren in:
Staatsangehörigkeit(en):	Familienstand:
Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort) <input type="checkbox"/> momentan obdachlos	
Telefonische Erreichbarkeit:	Email:

zur Überprüfung meiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse Folgendes:

Hinweis: Für ergänzende entscheidungsrelevante Angaben siehe anliegendes Formular „Anzeige zur Pflichtversicherung“!

1. Ich bin zur Zeit **nicht** krankenversichert, weder in Deutschland noch im Heimatland oder im sonstigen Ausland.

2. Ich lebe zur Zeit: **alleine**. **mit** _____ **Personen** zusammen, und zwar
(z.B. Ehe-/Lebenspartner/in, Kinder, Angehörige)

3. Ich verfüge über **Einkommen** in Höhe von _____ Euro/Monat. Ich verfüge über **kein Einkommen**.*
(z.B. aus Erwerbstätigkeit, Rente, Unterhalt) * bitte Ziffer 5 ausfüllen

4. Ich besitze **Vermögen** in Höhe bzw. im Wert von _____ Euro. Ich besitze **kein Vermögen**.*
(z.B. Bargeld, Sparguthaben, PKW, Grundbesitz) * bitte Ziffer 5 ausfüllen

- Vorderseite -

Clearingstelle zur gesundheitlichen Versorgung von Ausländern
Persönliche Erklärung zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen

- Rückseite -

5. In den vergangenen sechs Monaten bestritt ich meinen Lebensunterhalt wie folgt:

6. Sonstige Erklärungen:

Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verfüge nicht bzw. nicht über ausreichendes Einkommen und/oder Vermögen, aus dem ich die Kosten für die notwendige Krankenbehandlung selbst tragen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass das Flüchtlingszentrum meine persönlichen Daten, soweit dies zur Bearbeitung und Verfolgung meines Anliegens erforderlich ist, an dritte Stellen weiterleitet, z.B. an das zuständige Fachamt Grundsicherung und Soziales, die Evangelische Auslandsberatung e.V. oder das Diakonische Werk Hamburg.

Hamburg, den _____
Datum

Eigenhändige Unterschrift Antragsteller/in

>Dienststelle<

>Empfänger<

Hamburg, den >Datum<

Bestätigung der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung

>Name und Geburtsdatum der hilfeschenden Person<

Sehr geehrte Damen und Herren,

am >Datum der Anzeige durch die Clearingstelle< hat die „Clearingstelle Gesundheitsversorgung für Ausländer“ in Hamburg Ihnen >die Anzeige zur Pflichtversicherung< für >Name und Geburtsdatum der hilfeschenden Person< übersandt.

Bei >Name der hilfeschenden Person< liegt ein dringender und unabweisbarer Behandlungsbedarf vor. Nach unseren Feststellungen ist Ihre Krankenkasse verpflichtet, >Name der hilfeschenden Person< Leistungen bei Krankheit zu erbringen. Daher werden Sie gebeten, uns kurzfristig bis zum >Frist< die Mitgliedschaft für >Name der hilfeschenden Person< zu bestätigen.

Rein vorsorglich weisen wir darauf hin, dass für den Fall, dass uns bis zum Ablauf der genannten Frist keine Bestätigung über eine Mitgliedschaft von Ihrer Krankenkasse vorliegt, die Freie und Hansestadt aufgrund des dringenden und unabweisbaren Behandlungsbedarfes mit Leistungen gegenüber >Name der hilfeschenden Person< in Vorleistung treten und in der Folge Erstattungsansprüche gegen Sie geltend machen wird.

Mit freundlichen Grüßen

Dienststelle

Empfänger

Datum

Anmeldung von Erstattungsansprüchen

>Name und Geburtsdatum des Hilfeempfängers<

Sehr geehrte Damen und Herren,

für >Name und Geburtsdatum des Hilfeempfängers< ist die Freie und Hansestadt Hamburg mit vorläufigen Leistungen (§ 43 SGB I) eingetreten.

Für die/den O.g. wurde/wird (für den Zeitraum ab/ vonbis.....)..... (Art der Leistung) bewilligt/erbracht.

Diesbezüglich melde ich bei Ihnen Erstattungsansprüche nach §§ 102ff. SGB X i.V.m. § 111 SGB X an.

Begründung:.....
.....
.....
.....

Die genaue Höhe der entstandenen Aufwendungen/Kosten wird Ihnen gesondert mitgeteilt.

Ich bitte Sie, mir den Zugang dieses Schreibens bei Ihnen schriftlich zu bestätigen (siehe folgende Seite).

Mit freundlichen Grüßen

Absender:

Freie und Hansestadt Hamburg
>Bezirksamt<
Fachamt Grundsicherung und Soziales
Straße, Hausnummer
PLZ Hamburg

Anmeldung von Erstattungsansprüchen

Eingangsbestätigung

Person: >Name und Geburtsdatum des Hilfeempfängers, von GS auszufüllen<
Unser Aktenzeichen: >Aktenzeichen des Hilfeempfängers, von GS auszufüllen<
ggf. Versichertennummer (von Ihnen auszufüllen): _____

Der Eingang der Anmeldung des Erstattungsanspruches nach §§ 102ff. SGB X vom >Datum GS< wird hiermit bestätigt.

Datum

Stempel, Unterschrift