

Bestätigung der Krankenkasse

zur Vorlage bei der Wohngeldbehörde
(Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 23 (2) WoGG)

Wohngeldnummer: _____

⇒ Nur bei Bezug von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld ⇐

Versicherte Person (Name, Vorname)		Anschrift	
Geburtsdatum	Bestätigungszeitraum		

Der / Die Versicherte

- war oder ist arbeitsunfähig krank und erhielt bzw. erhält folgendes **Krankengeld**:
- unterlag oder unterliegt der Schutzfrist und erhielt bzw. erhält folgendes **Mutterschaftsgeld**:

vom – bis	Tage	Tagessatz brutto Euro	Tagessatz netto Euro	Gesamtbetrag Euro	bei wöchentlich
					Tagen
					Tagen
					Tagen
					Tagen
					Tagen

Vom Krankengeld wurden

- keine Beträge einbehalten.
- folgende Beträge einbehalten:

Zeitraum	Betrag	Grund

Ort, Datum	Telefon	Stempel und Unterschrift der Krankenkasse
------------	---------	---