

**Antragstellerin/Antragsteller:**

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Personenkonto-Nr.: _____

RUNDFUNK BERLIN-BRANDENBURG
HA Personal/Honorarabrechnung
Masurenallee 8-14
14057 Berlin

Antrag auf Zahlung eines Zuschusses im Krankheitsfall eines Kindes nach dem Tarifvertrag für arbeitnehmerähnliche Personen (TVaäP) des rbb

Hiermit beantrage ich die Zahlung eines Zuschusses im Krankheitsfall eines Kindes gemäß TZ 8.10 i.v.m. TZ 8.4 des TVaäP des rbb und erkläre zur Prüfung meines Antrages, insbesondere zu meiner Eigenschaft als arbeitnehmerähnliche Person, Folgendes:

Angaben zum Kind

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Das Kind ist versichert: ja nein

1. Mein Kind war im Zeitraum vom _____ bis _____ erkrankt.

Ich bin allein erziehend: ja nein Mein Kind muss von mir selbst beaufsichtigt, betreut oder gepflegt werden, weil es nach ärztlichem Attest erforderlich ist.¹ Eine andere in meinem Haushalt lebende Person kann das Kind nicht beaufsichtigen, pflegen oder betreuen. Mein Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet. Mein Kind ist behindert und auf Hilfe angewiesen. (In diesem Fall greift die Altersgrenze von 12 Jahren nicht.)

2. Haben Sie für das oben genannte Kind im Anspruchsjahr bereits Familienonderzahlung erhalten?

 ja (In diesem Fall müssen Sie Ziffer 3 nicht beantworten.) nein

3. Kindschaftsverhältnis zur antragstellenden Person

Bitte die jeweiligen **Nachweise**² beifügen. leibliches Kind
Geburtsurkunde Kind oder Vaterschaftsanerkennung Adoptivkind
Annahmebeschluss Pflegekind in meinem Haushalt
Pflegeerlaubnis, Meldebescheinigung Kind des Ehegatten/der Ehegattin in meinem Haushalt
Eheurkunde, Geburtsurkunde Kind und Meldebescheinigung Kind der Lebenspartnerin/des Lebenspartners in meinem Haushalt
Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde Kind, Meldebescheinigung Kind der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten in meinem Haushalt
Geburtsurkunde Kind, Meldebescheinigung Enkelkind in meinem Haushalt
Geburtsurkunden Kind und Enkelkind, Meldebescheinigung

¹ Ärztliches Attest mit Namen des Kindes, Krankheitsdauer des Kindes, Versicherten-Nr. des Kindes sowie Bestätigung der Erforderlichkeit der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege bitte im Original beifügen.

² Meldebescheinigungen sind jährlich einzureichen. Die sonstigen Nachweise müssen nur beim Erstantrag eingereicht werden.

4. Ich habe in diesem Kalenderjahr bereits Leistungen im Krankheitsfall gemäß TZ 8.10 TVaäP für dieses Kind erhalten:
- Nein.
- Ja. Es wurde ein Zuschuss gezahlt für: _____ Kalendertage.
5. Ich habe in diesem Kalenderjahr bereits Leistungen im Krankheitsfall gemäß TZ 8.10 TVaäP für ein anderes Kind erhalten:
- Nein.
- Ja. Es wurde ein Zuschuss gezahlt für: _____ Kalendertage

Angaben zur Arbeitnehmerähnlichkeit

Während des in Ziffer 1 angegebenen Zeitraumes meiner Arbeitsunfähigkeit (bitte Zutreffendes ankreuzen)

6. stand ich in einem Vollzeit-, Teilzeit- oder Aushilfsarbeitsverhältnis beim rbb: ja / nein
7. war ich Auszubildende bzw. Auszubildender: ja / nein
8. war ich Praktikantin bzw. Praktikant: ja / nein
9. war ich Volontärin bzw. Volontär: ja / nein
10. war ich unter eigener Firma oder mit eigenem Personal für den rbb tätig: ja / nein
11. war ich vollzeitbeschäftigt bei einem Dritten: ja / nein

Wichtiger HINWEIS: Sie müssen zu den Ziffern 12. bis 15. nur Angaben machen, wenn Sie bei den Ziffern 6. bis 11. **ausschließlich NEIN** angekreuzt haben. Sollten Sie bei den Ziffern 6. bis 11. **mindestens einmal JA** angekreuzt haben, benötigen wir keine weiteren Angaben von Ihnen, da Sie für den in Ziffer 1 angegebenen Zeitraum nicht unter den Geltungsbereich des TVaäP des rbb fallen und Sie damit auch keinen Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses im Krankheitsfall eines Kindes gemäß TZ 8.10 des TVaäP des rbb für diesen Zeitraum haben.

12. In den **6 Kalendermonaten** vor Krankheitsbeginn habe ich von **ARD-Anstalten, dem DeutschlandRadio und / oder der RBB-Media GmbH** Honorare (brutto, ohne Wiederholungs- und Übernahmehonorare sowie Kostenerstattungen) in nachstehender Höhe erhalten:

Anstalt	EUR	Anstalt	EUR
rbb		NDR	
BR		RB	
DLR		SR	
DW		SWR	
HR		WDR	
MDR		RBB-Media GmbH	
		Insgesamt	

13. Ich habe einen **Honorarrahmenvertrag** gemäß Tarifvertrag über eine Beschäftigungsgarantie für freie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des rbb (BestandsschutzTV) abgeschlossen:
- Ja. (In diesem Fall müssen Sie Ziffer 14. nicht beantworten.)
- Nein.

14. In den **6 Kalendermonaten** vor Krankheitsbeginn war ich an folgenden Tagen für **ARD-Anstalten, das DeutschlandRadio und / oder die RBB-Media GmbH** tätig (**bitte ankreuzen**).³

Monat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Tage Gesamt	

15. In den **6 Kalendermonaten** vor Krankheitsbeginn hatte ich **weitere Einkünfte: ja / nein (bitte unbedingt angeben).**

- a) beim ZDF in Höhe von EUR _____
 - b) bei kommerziellen Medienunternehmen in Höhe von EUR _____
 - c) aus sonstiger Erwerbstätigkeit in Höhe von EUR _____
- Insgesamt EUR _____**

Ich versichere hiermit die Richtigkeit und die Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben und ermächtige den rbb, sich diese von anderen ARD-Anstalten, dem DeutschlandRadio, der RBB-Media GmbH bzw. dem ZDF bestätigen zu lassen.

Mir ist bekannt, dass der rbb, unbeschadet weiterer Konsequenzen, Leistungen zurückfordern kann, wenn und soweit sie aufgrund falscher oder unvollständiger Angaben ausgezahlt wurden.

_____ den _____ (Ort) _____ (Datum) _____ (Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers)

Erläuterung der Anspruchsvoraussetzungen:

Arbeitnehmerähnlich im Sinne des TVaäP des rbb sind freie Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, wenn sie wirtschaftlich abhängig und sozial schutzbedürftig sind.

Die **wirtschaftliche Abhängigkeit** der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters ist gegeben, wenn sie bzw. er entweder beim rbb oder beim rbb und anderen Rundfunkanstalten, die zur Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland (ARD) gehören, dem DeutschlandRadio oder einem Unternehmen, an dem der rbb oder eine vom rbb betriebene Tochterfirma die Mehrheit der Geschäftsanteile besitzt, mehr als die Hälfte ihrer bzw. seiner erwerbsmäßigen Brutto-Gesamtentgelte (ohne Wiederholungs- und Übernahmehonorare sowie ohne Kostenerstattungen) in den letzten sechs Kalendermonaten vor dem Zeitraum, für den ein Anspruch aus dem TVaäP des rbb geltend gemacht wird, bezogen hat.

Sofern eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter künstlerische, schriftstellerische oder journalistische Leistungen erbringt, oder an der Erbringung, insbesondere der technischen Gestaltung solcher Leistungen, unmittelbar mitwirkt, genügt statt der Hälfte ein Drittel der genannten Entgelte.

Die **soziale Schutzbedürftigkeit** der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters ist gegeben, wenn sie bzw. er in den letzten sechs Kalendermonaten vor dem Zeitraum, für den ein Anspruch aus dem TVaäP des rbb geltend gemacht wird, mindestens an 42 Tagen (einschließlich Urlaubstagen, Krankheitstagen und Zeiten des Mutterschutzes, für die ein Anspruch auf Urlaubsentgelt bzw. auf Zuschuss nach den TZ 7, 8 und 9 berechtigt geltend gemacht wurde) für den rbb, für die anderen oben (wirtschaftliche Abhängigkeit) genannten Anstalten, Körperschaften bzw. Unternehmen aufgrund entsprechender vertraglicher Verpflichtungen tätig war und ihre bzw. seine Vergütungen (einschließlich aller Entgelte und der Ansprüche aus dem TVaäP des rbb, jedoch ohne Wiederholungs- und Übernahmehonorare sowie ohne Kostenerstattungen) in diesem Zeitraum nicht mehr als 44.348 Euro betragen haben.

³ Wenn Sie in diesen 6 Kalendermonaten Urlaubsentgelt oder einen Zuschuss zum Krankengeld oder Mutterschaftsgeld vom rbb erhalten haben, zählen diese Tage mit.