
Antrag auf eine Beihilfe zur Krankenvollversicherung

Application for a subsidy towards the cost of comprehensive health insurance



Dieses Formular dient zur Beantragung der Beihilfe zur Krankenvollversicherung in Höhe von 130,- Euro. Bitte lesen Sie die [Richtlinien und Hinweise für Forschungsstipendien](#), bevor Sie das Formular ausfüllen sowie das [Merkblatt zur Krankenvollversicherung](#).

This form is to be used to apply for a subsidy towards the cost of comprehensive health insurance in the amount of 130,- Euro. Please read the [Guidelines and Information for Research Fellowships](#) as well as the information sheet on comprehensive health insurance before completing the form.

Titel <i>Title</i>	
Nachname <i>Family name</i>	
Vorname(n) <i>First name(s) / Given name(s)</i>	
E-Mail-Adresse <i>Email address</i>	

1. Antrag für Forschungsstipendiat*innen *Application for Research Fellows*

<input type="checkbox"/>	Ich beantrage eine Beihilfe zur Krankenvollversicherung für mich selbst. <i>I apply for a subsidy towards the cost of comprehensive health insurance for myself.</i>
Ich plane, die Versicherung bei folgender Versicherungsgesellschaft abzuschließen: <i>I plan on buying insurance from the following insurance company:</i>	

2. Antrag für begleitende Familienmitglieder *Application for Accompanying Family Members*

2.1. Partner*innen / *Partners*

In Deutschland sozialversicherungspflichtig Beschäftigte haben keinen Anspruch auf die Beihilfe. Sollte der*die Partner*in aufgrund eigener Einkünfte selbst Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sein, entfällt daher die Beihilfe, ebenso im Fall einer beitragsfreien Versicherung von Partner*innen als Familienmitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung.

The subsidy cannot be paid to anyone who is liable for social security contributions in Germany. Fellows are therefore ineligible for this subsidy if their partner has their own statutory health insurance based on income of their own, or if their partner is included free of charge in the statutory health insurance of a family member.

Partner*innen sind Ehepartner*innen, Partner*innen mit einer eingetragenen Partnerschaft sowie solche unverheirateten und nicht eingetragenen Partner*innen, die mit gemeinsamen Kindern in einem gemeinsamen Haushalt zusammenleben oder Kinder in einem gemeinsamen Haushalt gemeinsam versorgen.

Partners are spouses and civil partners, as well as unmarried and cohabiting partners, who live together with joint children in a shared household or jointly care for children in a shared household.

Angaben zum*zur begleitenden Partner*in, für den*die Beihilfe beantragt wird <i>Details regarding the accompanying marital partner for whom the application is being made</i>			
Titel Partner*in			
Nachname Partner*in <i>Family name of marital partner</i>			
Vorname(n) Partner*in <i>First name(s) / Given name(s) of partner</i>			
E-Mail-Adresse Partner*in <i>Email address of partner</i>			
in Deutschland von <i>in Germany from</i>		bis <i>to</i>	
<input type="checkbox"/>	Ich beantrage eine Beihilfe zur Krankenvollversicherung für meine*n Partner*in. <i>I apply for a subsidy towards the cost of comprehensive health insurance for my marital partner.</i>		
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass mein*e mich begleitende*r Partner*in mindestens 3 Monate ohne Unterbrechung in Deutschland aufhält und nicht über eigene Einkünfte in Deutschland von mehr als 556 Euro brutto im Monat verfügt. <i>I confirm that my partner accompanying me is staying in Germany for at least 3 months without interruption and that his/her income in Germany does not exceed EUR 556 gross per month.</i>		
<input type="checkbox"/>	Mein*e Partner*in benötigte für die Einreise nach Deutschland ein Visum. <i>My partner required a visa for entry into Germany.</i>		

2.1. Kinder / Children

In Deutschland sozialversicherungspflichtig Beschäftigte haben keinen Anspruch auf die Beihilfe, ebenso als Familienmitglieder beitragsfrei versicherte Kinder in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Employees liable for social security contributions in Germany are not eligible for this subsidy, nor are children who are included free of charge in the statutory health insurance of a family member.

Angaben zu begleitenden Kindern, für die die Beihilfe beantragt wird <i>Details regarding the accompanying children, for whom the application is being made</i>					*) ¹
Nachname <i>Family Name</i>	Vorname(n) <i>First name(s) / Given name(s)</i>	Geburts- datum/ <i>Date of Birth</i>	in Deutschland <i>in Germany</i>		
			von <i>from</i>	bis <i>to</i>	
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ich beantrage eine Beihilfe zur Krankenvollversicherung für mein Kind / meine Kinder. <i>I apply for a subsidy towards the cost of comprehensive health insurance for my child / children.</i>				
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass meine begleitenden Kinder unter 18 Jahre alt sind und sich mindestens 3 Monate ohne Unterbrechung in Deutschland aufhalten. <i>I confirm that my children accompanying me are under 18 years of age and that they are staying in Germany for at least 3 months without interruption.</i>				

*)¹ Benötigte das Kind für die Einreise nach Deutschland ein Visum? Bitte aktivieren Sie ggf. die Checkbox.

Did this child require a visa for entry into Germany? Please check the checkbox, if applicable.

3. Zusätzliche Unterlagen

Additional Documents

- Heirats- oder Partnerschaftsurkunde bzw. Geburtsurkunde(n), digitale Version (z.B. als Scan)
Marriage or Partnership certificate and/or birth certificate(s) of your child(ren), digital version (a scan, for example)
- Versicherungspolice mit Angaben über den Beginn der Versicherung sowie der monatlichen Prämie
Insurance policy showing the start of the insurance and the amount of the monthly premium

Alle Unterlagen müssen in deutscher oder englischer Sprache vorliegen.
Bitte senden Sie uns die Heirats- bzw. Geburtsurkunde(n) per E-Mail als pdf.

*All application documents must be provided in German or English.
Please send us the marriage and/or your children's birth certificate(s) by email (pdf).*

4. Erklärungen Statements

3.1. Verbindlichkeitserklärung / Declaration of commitment

Die Checkbox zu dieser Erklärung muss aktiviert sein, anderenfalls ist eine Bearbeitung Ihres Antrags nicht möglich.

Please check the box, otherwise it will not be possible to process your application.

- Ich erkläre hiermit, dass diese Angaben richtig und vollständig sind.
Ich bestätige, dass ich die Richtlinien und Hinweise der Alexander von Humboldt-Stiftung zur Kenntnis genommen habe.
I hereby declare that the above statements are correct and complete.
I confirm that I have taken note of the Alexander von Humboldt Foundation's Guidelines and Information.

3.2. Datenschutzerklärung / Data Privacy Statement

Die Checkbox zu dieser Erklärung muss aktiviert sein, anderenfalls ist eine Bearbeitung Ihres Antrags nicht möglich.

Please check the box, otherwise it will not be possible to process your application.

- Ich bin damit einverstanden, dass die bei der Antragstellung von mir angegebenen Daten von der Alexander von Humboldt-Stiftung gespeichert und zum Zweck der Antragsbearbeitung genutzt werden.
Ich willige ferner ein, dass mit der Antragstellung meine persönlichen Daten (Name, Vorname, akademischer Titel, Kontaktdaten) von der Alexander von Humboldt-Stiftung elektronisch gespeichert und verarbeitet sowie zum Zwecke der Begutachtung, Statistik und Evaluation durch die Humboldt-Stiftung und deren Beauftragte im Sinne des Art. 28 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) genutzt werden; eine Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse erfolgt lediglich in kumulierter und anonymisierter Form.
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Förderung und weiterer Anträge dauerhaft elektronisch gespeichert und verarbeitet werden.
Die Daten werden auf Servern der Alexander von Humboldt-Stiftung oder im Falle der Auftragsverarbeitung auf Servern des Beauftragten gespeichert; eine Weitergabe von personenbezogenen Daten an Dritte im Sinne des Art. 4 Ziff. 10 DSGVO erfolgt nicht.
Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und ich meine Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann. Meine Widerrufserklärung werde ich ggf. richten an: info@avh.de. Im Falle des Widerrufs werden meine Daten gelöscht.
Datenschutzbeauftragter der Alexander von Humboldt-Stiftung: datenschutzbeauftragter@avh.de

I hereby agree to the Alexander von Humboldt Foundation storing the data I provided with my application and using this data to process my application.

I furthermore consent to the Alexander von Humboldt Foundation electronically storing and processing data relating to my person (family name, first name, academic title, contact details) upon my submission of the application and to the use of this data for purposes of review, statistics and evaluation by the Humboldt Foundation and its authorised processors in accordance with Article 28 of the General Data Protection Regulation (GDPR); the results of the evaluation will be published only in a cumulative, anonymised form.
I hereby agree to my data being electronically stored and processed on a permanent basis for sponsorship purposes and future applications.

The data will be stored on servers belonging to the Alexander von Humboldt Foundation or, in the case of processing on behalf of the controller, on the processor's servers; personal data will not be transferred to third parties as defined by Article 4 (10) of the GDPR.

I have been informed that my consent to the collection, processing and use of my data is voluntary and that I may revoke my consent at any time for the future. Where applicable, I will send my revocation to info@avh.de. In the event that I revoke my consent, my data will be erased.

Data protection officer of the Alexander von Humboldt Foundation: datenschutzbeauftragter@avh.de