

Name:

Vorname:

Förderungsnummer: 063-

An das  
Studierendenwerk Paderborn  
Amt für Ausbildungsförderung  
Mersinweg 2  
33100 Paderborn

Name und Anschrift des Krankenver-  
sicherungsunternehmens:

---

---

---

---

### **Bescheinigung zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung**

#### **für Studierende, die das 30. Lebensjahr vollendet haben**

##### **1.) Von der Krankenkasse auszufüllen:**

Der/die oben Genannte, geb. am \_\_\_\_\_, wohnhaft in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ist seit dem \_\_\_\_\_

bei uns

- als freiwilliges Mitglied oder nach § 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V versichert  ja  nein
- Hat das 30. Lebensjahr vollendet  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
**Stempel und Unterschrift des  
Krankenversicherungsunternehmens**

##### **2.) Vom Auszubildenden auszufüllen:**

Bei Gewährung eines Kranken- und Pflegeversicherungszuschlages ist die Angabe der Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID) zwingend erforderlich.

Bitte tragen Sie die elf Ziffern gut leserlich ein:

\_\_\_\_\_

##### **Hinweis:**

Durch das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) wurde die persönliche Steuer-ID per Post mitgeteilt. Sollte Ihnen dieses Schriftstück nicht mehr vorliegen, wenden Sie sich bitte an das BZSt unter:

[http://www.bzst.de/DE/Steuern\\_National/Steuerliche\\_Identifikationsnummer/steuerid\\_node.html](http://www.bzst.de/DE/Steuern_National/Steuerliche_Identifikationsnummer/steuerid_node.html)