

# Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen über der Belastungsgrenze

## 1. Persönliche Angaben – bitte die fehlenden Angaben ergänzen

KV-Nummer: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	Vorwahl, Rufnummer
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartner <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		
Name des Geldinstituts	Bankleitzahl	Kontonummer
Hausarzt bzw. behandelnder Arzt	Anschrift des Arztes	

## 2. Einnahmen zum Lebensunterhalt

In meinem Haushalt leben folgende Personen					Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (gesamt) siehe Anlage!
	Name	Vorname	Krankenkasse	Geb.-Datum	Gesamteinnahmen jährlich
Versicherter	siehe oben	siehe oben	siehe oben	siehe oben	
Ehegatte/ Lebenspartner					
Kind 1*					
Kind 2*					
Kind 3*					

\* Kinder sind in diesem Sinne familienversicherte Kinder nach § 10 SGB V

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten \_\_\_\_\_

Datenschutzhinweis (§ 67 a SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund §§ 61 und 62 SGB V zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Wird von der <b>Krankenkasse</b> ausgefüllt	
Schwerwiegende, chronische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einkommen	Befreiungsausweis ausgestellt/übersandt am _____
abzüglich Freibetrag	Erstattungsbetrag angewiesen/ Mitteilung an Versicherten am _____
zu berücksichtigendes Einkommen =	Voraussetzungen liegen nicht vor/ Mitteilung an Versicherten am _____
Belastungsgrenze	
<input type="checkbox"/> 1 % <input type="checkbox"/> 2 %	
Zuzahlungen	./.
Erstattungsbetrag =	
sachlich u. rechnerisch festgestellt am/durch _____	EDV-Erfassung am/durch _____

Vers.Nr.:

**Erklärung zum Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen**

Zu den Einnahmen eines Versicherten zum Lebensunterhalt gehören alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann.

**Bitte vollständig ausfüllen.**

Einkunftsart	Zu meinem/ unseren monatl. <b>Bruttoeinnahmen</b> gehören ( <b>Belege</b> <b>sind beigefügt</b> )	Die Einnahmen werden bezogen vom/von:		
		Versicherten ,	Ehegatten	Kind (bitte Name/ Namen eintragen)
<b>Arbeitseinkommen</b>				
- Selbständige Tätigkeit	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- Land- und Forstwirtschaft	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
<b>Arbeitsentgelt</b>				
- Lohn/Gehalt	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- Lohn/Gehalt aus <b>geringfügiger Beschäftigung</b>	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien)	q ja q nein	q jährlich q monatlich _____ Eur	q jährlich q monatlich _____ Eur	q jährlich q monatlich _____ Eur
<b>Renten/Pensionen/u. a.</b>				
- aus der gesetzlichen Rentenversicherung ( <b>z.B. LVA, BfA</b> ) z. B. Alters-, Witwen-, Witwer-, Waisen-, Erwerbsunfähig- keits-, Unfallrente	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen z. B. Landwirtschaftliche Alterskasse	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- aus der gesetzlichen Unfallversicherung ( <b>BG</b> )	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- aus privater Lebensversicherung	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- von ausländischen Rentenversicherungsträgern und Rentenversicherungsstellen	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- Ruhegehalt/Betriebsrente/Vorruhestandsgeld	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
<b>Erträge</b>		q jährlich q monatlich	q jährlich q monatlich	q jährlich q monatlich
- Pacht- und/oder Mieteinnahmen	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- Zinsen aus Kapitalvermögen	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
<b>Entgeltersatzleistungen</b>				
- Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Unterhaltsgeld	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe)	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Konkursausfallgeld	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- Eingliederungshilfe für Spätaussiedler	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
<b>Sonstiges</b>				
- Barbetrag bei Heimunterbringung	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- Leistungen aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- Sachbezüge	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- Unterhalt, Unterhaltsleistungen	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
- Sonstige Einkünfte	q ja q nein	_____ Eur	_____ Eur	_____ Eur
<b>Bitte die monatlichen Gesamtbeträge auf Seite 1 übertragen</b>				

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden.

**Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der**

**Verhältnisse unverzüglich der Krankenkasse mitteilen muss!**

Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Die Datenerhebung beruht auf § 99 SGB X i.V.m. § 60 SGB I und dient zur Entscheidung der Befreiung von Zuzahlungen.