

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen 2016

Antragsteller

| | | |
|--|---------|-----------------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Postleitzahl Wohnort, Straße Hausnummer | | Versichertennummer |
| Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. leb. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw. | | Vorwahl/Telefonnummer |

Bankverbindung Antragsteller:

Name des Geldinstituts

IBAN

BIC

Kontoinhaber ist nicht Antragsteller

Name, Vorname und vollständige Anschrift des abweichenden Kontoinhabers

Bankverbindung Ehe-/Lebenspartner:

Bankverbindung wie Antragsteller

Name des Geldinstituts

IBAN

BIC

Bankverbindung Kind:

Bankverbindung wie Antragsteller

Name des Geldinstituts

IBAN

BIC

Im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige

Ehe-/Lebenspartner werden auch berücksichtigt, wenn sie dauerhaft in Pflegeeinrichtungen leben.
Kinder werden berücksichtigt, wenn sie unter 18 Jahre alt oder familienversichert sind.

| | Name | Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse | Versichertennummer |
|--------------------|------|---------|--------------|--------------|--------------------|
| Ehe-/Lebenspartner | | | | | |
| Kind | | | | | |
| Kind | | | | | |
| Kind | | | | | |

Hinweis zum Datenschutz:

Die Datenerhebung beruht auf § 99 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) und ist im Zusammenhang mit dem Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen § 62 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) erforderlich. Die Nichtangabe der Daten kann zu Nachteilen bei der Entscheidung über die Befreiung von Zuzahlungen führen.

Wird von der AOK PLUS ausgefüllt

| | | | |
|------------------------------|--|---|--|
| Bearbeitung zugesichert bis: | | Befreiungsausweis ausgestellt (am/von): | |
|------------------------------|--|---|--|

Einnahmen zum Lebensunterhalt
 Bitte Zutreffendes **ankreuzen** und **Kopien aller Nachweise beifügen**.
 Es werden alle Brutto-Einnahmen des Familienverbundes **im Kalenderjahr** berücksichtigt, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann.

| | | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zum Antrag von: | | Versichertennummer: | | | |
| Art der Einnahmen, z. B.: | Versicherter | Ehe-/Lebenspartner | Kind | Kind | Kind |
| Renten/Pensionen | | | | | |
| ▪ Renten/Pensionen z. B. Alters-, Hinterbliebenen-, Erwerbsunfähigkeits-, Erwerbsminderungsrente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Unfallrenten Erwerbsminderungs-Grad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | _____ % | _____ % | _____ % | _____ % | _____ % |
| ▪ aus Versorgungs- u. Zusatzversorgungskassen/Betriebsrente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ aus privater Versicherung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt | | | | | |
| ▪ Lohn/Gehalt (auch aus Minijobs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Einmalzahlungen z. B. Weihnachts-, Urlaubsgeld, Prämien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ aus selbstständiger Tätigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entgeltersatzleistungen | | | | | |
| ▪ Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erträge | | | | | |
| ▪ Pacht-/Mieteinnahmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Zinsen aus Kapitalvermögen | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |
| Sonstiges | | | | | |
| ▪ Unterhalt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Sozialhilfe z. B. Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Barbetrag bei Heimunterbringung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ sonstige Einnahmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keine Einnahmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der AOK PLUS mitteilen muss. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Habe ich an alles gedacht?

- Vorder- und Rückseite des **Antrags** vollständig ausgefüllt und **unterschrieben**
- Bankverbindung** überprüft und ggf. korrigiert
- Kopien** aller Nachweise der **Einnahmen**
- Originale** der Quittungen/Rechnungen mit Kontoauszug über bereits geleistete **Zuzahlungen**
- _____