

**Antrag auf Befreiung/Erstattung
von den gesetzlichen Zuzahlungen im Kalenderjahr**

Personalien des Versicherten		
Vorname und Name	Krankenversicherungsnummer	Geburtsdatum

Allgemeine Angaben

Ich, mein nachstehend aufgeführter Ehegatte/Lebenspartner* und die aufgeführten Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt (Kinder sind bis zu Ihrem 18 Lebensjahr anzugeben oder wenn sie familienversichert sind). Wir haben folgende Einkünfte:

	Mitglied	Ehe- /Lebenspartner*	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Krankenkasse** Name und Sitz					
Zuzahlungen Beleg bitte im Original beifügen	€	€	€	€	€

* Lebenspartner im Sinne des „Lebenspartnerschaftsgesetzes“
 ** Die Angaben zur Krankenkasse Ihrer Angehörigen sind für die Bearbeitung erforderlich.

Bankverbindung für Erstattung von Zuzahlungen

Bitte überweisen Sie im Falle einer Erstattung das Geld auf die folgende Bankverbindung. Bei abweichendem Kontoinhaber benötigen wir auch dessen Namen und die Anschrift:

Einkommensangaben

Bitte legen Sie dem Antrag **Kopien aller Einkommensnachweise** (z. B. Gehaltsnachweise, Einkommensteuerbescheid bei Selbstständigen, Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung, Nachweise von Betriebsrenten oder sonstigen Renten, Zinsen aus Kapitalvermögen oder Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung).

Auch Entgeltersatzleistungen, wie z. B. Kranken- und Verletztengeld sind mit einer Kopie nachzuweisen.

Sie erhalten Sozialhilfe, Wohngeld, Grundsicherung im Alter, ALG II, etc.? Legen Sie bitte Ihren letzten vorliegenden Bescheid in Kopie bei.

Einkunftsart	Mitglied	Ehe- /Lebenspartner*	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Arbeitsentgelt/- einkommen z.B. Lohn/Gehalt, Einmalzahlungen, Sachbezüge, selbst. Tätigkeit, Land- und	€	€	€	€	€
Renten/Betriebsrenten/ Versorgungsbezüge	€	€	€	€	€
Erträge Miete oder Pacht, Zinsen oder Dividenden aus Kapitalvermögen	€	€	€	€	€
Entgeltersatzleistung z. B. ALG I oder II Kranken-/Verletztengeld, sonstige Entgeltersatzleistungen	€	€	€	€	€
Sonstiges Grundsicherungsleistung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Unterhalt	€	€	€	€	€

Heimunterbringung

Bitte nur ankreuzen, wenn Sie oder einer Ihrer oben genannten Angehörigen im Heim untergebracht ist.

Die Kosten für meine oder meines Ehepartners/Lebenspartners für die Heimunterbringung werden ganz oder teilweise vom Sozialamt übernommen.

Ich habe **entsprechende Einkommens-/Zahlungsnachweise beigefügt** und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben:

Datum

Unterschrift des Versicherten
(oder des gesetzlichen Vertreters/
Betreuers/Bevollmächtigten)***

Telefonnummer für Rückfragen

*** Wir bitten Sie uns einen Nachweis beizufügen, sofern Sie uns diesen bisher noch nicht zugesandt haben.