

2017

Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen/Antrag auf Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlung

Name, Vorname		KV-Nummer, Geburtsdatum	Familienstand
Anschrift		Telefonnummer	
Geldinstitut	BIC	IBAN	
Kontoinhaber (Name, Vorname, nur wenn abweichend vom Antragsteller)			
Adresse des Kontoinhabers			

1. Angaben zu den im Haushalt lebenden Angehörigen

	Name, Vorname	KV-Nr. / Geburtsdatum	Krankenkasse
Antragsteller			AOK Hessen
Ehegatte/ Lebenspartner*			
Kind			
Kind			
Kind			

Mein Ehegatte/ Lebenspartner* wohnt in einem Pflegeheim und bezieht Leistungen der Pflegeversicherung.

*) Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

2. Meine gesamten Bruttoeinnahmen und die aller mit mir im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ergeben sich aus dem Bogen Nr. 2 (Erklärung zum Antrag). Die Belege habe ich beigelegt.

3. Die mir vorliegenden namentlichen Zuzahlungsbelege habe ich im Original diesem Antrag beigelegt.

Den Betrag bis zur Erreichung der Belastungsgrenze kann die AOK Hessen einmalig von meinem Bankkonto einziehen. Die dafür erforderliche Erklärung „SEPA-Lastschriftmandat“ füge ich bei. Die notwendige Deckung ist auf meinem Konto vorhanden. Evtl. entstehende Rücklastschriftgebühren werden von mir getragen.

Ich versichere die Richtigkeit der in Blatt 1 und Blatt 2 (Erklärung zu den Einnahmen) gemachten Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich der AOK eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich mitzuteilen habe. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Einen evtl. errechneten Erstattungsbetrag überweisen Sie bitte auf das oben angegebene Girokonto.

Ort, Datum

Unterschrift des / der Versicherten

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X):

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) Teil I in Verbindung mit § 99 SGB Teil X erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung der Befreiung von Zuzahlungen erforderlich (§ 62 SGB V). Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Nur durch die AOK auszufüllen:

Ausweis ausgestellt

BESO-Merkmale in Fachinfo erfasst

Datum und Organnummer

Erklärung zum Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen/ auf Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlung

Name, Vorname	KV-Nr., Geburtsdatum
---------------	----------------------

Zu den Einnahmen eines Versicherten zum Lebensunterhalt gehören alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann (bitte Zutreffendes ankreuzen).

Zu meinen / unseren Bruttoeinnahmen gehören: (aktuelle Nachweise sind beigefügt)	Die Bruttoeinnahmen (EUR) werden bezogen vom/von:				
Einkunftsart	Zahlungsweise (jährlich, halb-, vierteljährlich, monatlich)	Versi- cherten	Ehegatten/ Lebenspart- ner*	Kind _____ (Name)	Kind _____ (Name)
Arbeitseinkommen - Selbstständige Tätigkeit/Land- und Forstwirtschaft <input type="checkbox"/>	_____				
Arbeitsentgelt - Lohn/Gehalt (inkl. geringfügige Beschäftigung) <input type="checkbox"/> - Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien) <input type="checkbox"/>	_____ _____				
Renten/Pensionen/u. a. - aus der gesetzlichen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> - aus der gesetzlichen Unfallversicherung <input type="checkbox"/> - aus privater Lebensversicherung <input type="checkbox"/> - aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen, Betriebsrenten <input type="checkbox"/> - von ausländischen Rentenversicherungsträgern oder -stellen <input type="checkbox"/> - Rente nach dem BVG <input type="checkbox"/> - Ruhegehalt, Pensionen, Vorruhestandsgeld <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____				
Erträge - Pacht- und/oder Mieteinnahmen <input type="checkbox"/> - Zinsen aus Kapitalvermögen <input type="checkbox"/>	_____ _____				
Entgeltersatzleistungen - Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld <input type="checkbox"/> - Arbeitslosengeld I und II (Hartz IV) <input type="checkbox"/> - Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Konkursausfallgeld <input type="checkbox"/> - Mutterschaftsgeld / Elterngeld, Arbeitgeberzuschuß zum Mutterschaftsgeld <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____				
Sonstiges - Kostenübernahme der Heimunterbringung bzw. Zuschuss zu den Heimunterbringungskosten durch andere <input type="checkbox"/> - Sachbezüge (Unterkunft, Wohnung, Verpflegung) <input type="checkbox"/> - Unterhalt, Unterhaltsleistungen <input type="checkbox"/> - Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe, Grundsicherung im Alter) <input type="checkbox"/> - Grundsicherung bei Erwerbsunfähigkeit <input type="checkbox"/> - weitere sonstige Einkünfte <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____				

*Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

