

# Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für Zahnersatz für \_\_\_\_\_

## 1 Personalien

Name, Vorname und Geburtstag/Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

## 2 Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe

Ich erhalte  mein Angehöriger \_\_\_\_\_ erhält  
Name, Vorname und Geburtstag/Vers.-Nr.

- **Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem**
  - Bundessozialhilfegesetz
  - im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz
  - Bürgergeld
- **Ausbildungsförderung**
  - nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz
  - im Rahmen der Anordnungen der Bundesagentur für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder
  - über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter
- Unterbringung in einem Heim oder in einer ähnlichen Einrichtung, getragen von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge

### Bitte entsprechende Nachweise (z. B. Bescheid Bürgergeld) beilegen.

Wenn mindestens eine dieser Möglichkeiten (Nr. 2) beim Mitglied zutrifft, ist die Beantwortung der weiteren Fragen nicht erforderlich.

## 3 Bitte füllen Sie die folgende Tabelle aus. Geben Sie dabei alle Angehörigen an, die mit Ihnen im gemeinsamen Haushalt leben (Ehegatte/Kinder/Eltern)

Name, Vorname	Geburts-tag	Wie verwandt?	Wo versichert?
a)			
b)			
c)			
d)			
e)			

4 Einnahmen zum Lebensunterhalt – brutto –	Mitglied	Ehegatte	Kinder/Eltern
<b>Bitte entsprechende Nachweise der letzten 3 Monate beilegen</b> Monat:			
Bruttoarbeitseinkommen (erforderlich die letzten drei Lohnbescheinigungen)			
Renten (aus gesetzl. oder privater Versicherung), Betriebsrenten und Pensionen (bitte Art und Bruttozahlbetrag angeben)			
Kapitalerträge (Zinsen, Dividenden usw.), Miet- und Pachteinnahmen			
Einkünfte aus selbstständiger Arbeit <input type="checkbox"/> oder Gewerbebetrieb <input type="checkbox"/>			
sonstige Einkünfte <sup>1)</sup> Bitte Art angeben:			
Eine Änderung der Einkommensverhältnisse ist in absehbarer Zeit zu erwarten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche/bei wem? Eine Änderung der Einkommensverhältnisse werde ich der Krankenkasse mitteilen.			
<b>Füllt die Krankenkasse aus</b> _____			
←€ insgesamt			

1) Sonstige Einkünfte: Alle Einnahmen, die zum Lebensunterhalt bestimmt sind, z. B. Kranken- und Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Hilfe zum Lebensunterhalt, Ausbildungsvergütung und ähnliches. Nicht zu den Einnahmen gehören z. B. Grundrenten für Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz, Kindergeld, BAföG, Leistungen der Pflegeversicherung usw. Unterhaltszahlungen an getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten sowie an Kinder, die nicht im Haushalt des Versicherten leben, gehören zu deren Bruttoeinnahmen; sie können von den Bruttoeinnahmen des Zahlungspflichtigen abgezogen werden.

Meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß.

Als Anlagen sind beigefügt: \_\_\_\_\_

Tag \_\_\_\_\_ Telefon Nr. (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten \_\_\_\_\_

<b>Füllt die Krankenkasse aus</b>	Einkommensgrenze _____ €	Befreit bis _____ <input type="checkbox"/>
		Nicht befreit <input type="checkbox"/>