

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Kalenderjahr 20__ (bitte eintragen)

Ich beantrage die Zuzahlungsbefreiung/-erstattung auf der Berechnungsgrundlage

- 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen.
 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen, weil ich bzw. mein Ehegatte/Lebenspartner*/Kind** schwerwiegend chronisch krank bin/ist. Um prüfen zu können, ob die Voraussetzungen für die Senkung der Belastungsgrenze erfüllt sind, benötigen wir eine Bescheinigung Ihres Arztes.

Ich, mein nachstehend aufgeführter Ehegatte/Lebenspartner* und die aufgeführten Kinder** leben in einem gemeinsamen Haushalt***. Der Antrag gilt für alle aufgeführten Personen.

	Mitglied	Ehegatte/ Lebenspartner*	Kind 1**	Kind 2**	Kind 3**
Vorname Name					
Familienstand					
Geburtsdatum					
Krankenversicherungsnummer					
Anschrift					
Telefonnummer (Angabe freiwillig)					
Bezug von ALG II/ Sozialhilfe ****	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Jahresbruttoeinnahmen *****	_____ EUR				
Zuzahlungen ***** Zuzahlungsnachweise sind im Original beige-fügt.	_____ EUR				
Krankenkasse	AOK Nordost				

* Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

** Für Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind die Voraussetzungen der Familienversicherung des § 10 SGB V maßgebend. Leben weitere familienversicherte Kinder im Haushalt, ist ein zweites Antragsformular zu verwenden.

*** Zum gemeinsamen Haushalt zählt auch ein Ehegatte oder Lebenspartner, der dauerhaft in eine vollstationäre Einrichtung der Pflege, in der Leistungen nach § 43 SGB XI erbracht werden, oder in eine vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der Leistungen gemäß § 43a SGB XI erbracht werden, aufgenommen wurde. Werden keine Leistungen nach § 43 oder § 43 a SGB XI bezogen, liegt ein gemeinsamer Haushalt nicht vor.

**** Werden Leistungen der Agentur für Arbeit/des Sozialamtes im gesamten Kalenderjahr bezogen, ist der letzte Bescheid über den Bezug dieser Leistung ausreichend. Die Erklärung auf der 2. Seite brauchen Sie in diesem Fall nicht auszufüllen.

***** Füllen Sie bitte die Erklärung auf der 2. Seite aus und fügen die aktuellen Einkommensnachweise bei.

***** Berücksichtigt werden nur gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen nach § 61 SGB V. Eigenanteile (z. B. für orthopädische Schuhe), Privatrezepte sowie Mehrkosten, die medizinisch nicht notwendig sind oder eine vertraglich vereinbarte Vergütung mit dem Leistungserbringer überschreiten, werden nicht berücksichtigt.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben und die der zweiten Seite.

Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich mitteilen muss. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Ich bin damit einverstanden, dass offene Forderungen mit dem an mich zu zahlenden Erstattungsbetrag aufgerechnet werden. Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Antragstellung und Abgabe der erforderlichen Daten.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Versicherten

Die Erhebung der Daten beruht auf § 62 SGB V in Verbindung mit § 60 Abs. 1 SGB I und § 99 SGB X und ist zur Entscheidung über die Befreiung von Zuzahlungen erforderlich.

