

Antrag auf teilweise Befreiung von Zuzahlungen

Für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigen wir die unten aufgeführten Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Antrag vollständig aus und reichen Sie ihn wieder bei uns ein.

Vorname und Name des Mitglieds
Krankenversicherungsnummer

Für welches Jahr beantragen Sie die Befreiung?

1. Leben mit Ihnen zusammen im gemeinsamen Haushalt weitere Personen?
☐ Nein ☐ Ja Bitte tragen Sie deren Daten in der untenstehenden Übersicht ein.

2. Sind Sie verheiratet?
☐ Nein ☐ Ja

3. Wünschen Sie die Vorauszahlung?
☐ Nein ☐ Ja

A: Erhalten Sie oder einer Ihrer Familienangehörigen ...

... Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz?	☐ nein ☐ ja, ☐ ich selbst ☐ Angehörige (Name)
... Grundsicherungsgeld ?	☐ nein ☐ ja, ☐ ich selbst ☐ Angehörige (Name)
... Ausbildungsförderung nach dem BAföG oder im Rahmen der individuellen Förderung der beruflichen Ausbildung?	☐ nein ☐ ja, ☐ ich selbst ☐ Angehörige (Name)
Wohnen Sie oder einer Ihrer Angehörigen in einem Heim, wobei die Kosten der Unterbringung von der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge übernommen werden?	☐ nein ☐ ja, ☐ ich selbst ☐ Angehörige (Name)

Wenn Sie eine der folgenden Einnahmearten mit JA ankreuzen, bitten wir Sie, einen Nachweis über die Höhe der Bruttoeinnahme (z. B. letzte Verdienstabrechnung, aktueller Rentenbescheid, Nachweis über Zinseinkünfte, Nachweis über Dividende...) dem Antrag beizufügen.

WICHTIG:
OHNE DIE KOMPLETTEN NACHWEISE KANN EINE BEARBEITUNG NICHT ERFOLGEN.

B: Folgende Personen leben in meinem Haushalt:

Name	Mitglied	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Lohn / Gehalt (bitte letzte Abrechnung + Bescheinigung über Urlaubs- und Weihnachtsgeld des lfd. Jahres beifügen)	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Zinseinkünfte z. B. Sparbuch	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Sachbezüge (z.B. mietfreies Wohnen, freie Verpflegung)	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Arbeitslosengeld	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Unterhaltsgeld	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Gesetzliche Rente z. B. LVA / BfA	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Betriebsrente	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Einkünfte aus Vermietung / Verpachtung	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Unterstützung durch die Eltern (z. B. für Miete, Verpflegung oder Taschengeld)	☐ nein ☐ ja, in Höhe von mtl.€	☐ nein ☐ ja, in Höhe von mtl.€	☐ nein ☐ ja, in Höhe von mtl.€	☐ nein ☐ ja, in Höhe von mtl.€	☐ nein ☐ ja, in Höhe von mtl.€
Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Sonstige Einnahmen	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

Meine Angaben sind vollständig und richtig. Änderungen des Einkommens oder der Zahl der im Haushalt lebenden Familienangehörigen werde ich der BKK Diakonie unaufgefordert mitteilen.

Bei wesentlich falschen Angaben ist die BKK nach dem Sozialgesetzbuch (§ 45 SGB X) verpflichtet, die zu Unrecht erbrachten Leistungen zurückzufordern.

Bankverbindung für die Erstattung:

IBAN BIC

Name der Bank

.....

Ort, Datum

Unterschrift

Telefon