

# Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr

## 1. Persönliche Angaben

Name, Vorname des Versicherten                      Geburtsdatum                      Vers.-Nr.

Straße, Hausnummer                      Postleitzahl Wohnort                      Vorwahl, Rufnummer

Familienstand:     ledig     verh.     getr. lebend     gesch.                       verwitwet                       Lebenspartnerschaft\*\*

IBAN                      BIC                      Kontoinhaber

Name des Geldinstitutes

E-Mail-Adresse des Versicherten

### Bitte Zutreffendes ankreuzen

- Bankverbindung gilt nur für diesen Antrag.                       Bankverbindung gilt für diesen Antrag und für die Zukunft.
- Seit der Befreiung von Zuzahlungen im Jahr \_\_\_\_\_ haben sich meine persönlichen Verhältnisse
- verändert.                       nicht verändert.

## 2. Personen im Haushalt

In meinem Haushalt leben nachfolgende Personen. Entsprechende Kopien aller Einkommensnachweise sind beigefügt. Zum gemeinsamen Haushalt gehören auch Ehegatten/Lebenspartner**, die dauerhaft in Pflegeeinrichtungen leben					Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (Gesamt) Übersicht siehe Anlage! monatliche Gesamteinnahmen in EUR
	Name	Vorname	Krankenkasse	Versicherten-Nr./ Geburtsdatum*	
Versicherter	siehe oben		AOK	siehe oben	
Ehegatte/Lebenspartner **				/	
Kind 1 ***					
Kind 2 ***					
Kind 3 ***					

- \* bei Fremdversicherten  
\*\* im Sinne des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften  
\*\*\* Kinder in diesem Sinne sind Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und darüber hinaus familienversicherte Kinder nach § 10 SGB V

**Hinweis:** Berücksichtigt werden nur gesetzliche Zuzahlungen, die in § 61 SGB V genannt werden.

Wird von der AOK ausgefüllt

Dritt:     ja     nein                      Die Verrechnung mit offenen Forderungen kann erfolgen

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der AOK mitteilen muss! Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Mir ist bekannt, dass ich die Voreinzahlung leiste, ohne Gewähr dafür, dass durch die Befreiung von Zuzahlungen ein Betrag in gleicher Höhe erreicht wird. Eine Rückzahlung oder auch eine Teilrückzahlung der geleisteten Voreinzahlung durch die AOK ist daher nicht möglich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                      Unterschrift des Versicherten

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

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK meine persönlichen Daten des Antrages (bzw. die Daten meiner Tochter/meines Sohnes) für maximal 4 Jahre speichert und nutzt, um mich künftig über die Vorteile einer AOK-Mitgliedschaft und über private Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können, auch per E-Mail, SMS oder Telefon (Nichtzutreffendes streichen). Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden (0800 2 26 57 26). In diesem Fall werden Ihre persönlichen Daten bei der AOK gelöscht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                      Unterschrift des Ehegatten                      Unterschrift des Versicherten

## Erklärung zum Antrag auf Befreiung von Zuzahlung

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Ich erhalte **Hilfe zum Lebensunterhalt** nach dem SGB XII.
- Ich erhalte **Leistungen der Kriegsopferfürsorge** nach dem Bundesversorgungsgesetz oder **nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung** des Bundesversorgungsgesetzes.
- Ich erhalte bedarfsorientierte **Grundsicherung** im Alter und bei Erwerbsminderung.
- Ich erhalte die **Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung** von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge nach Bundesversorgungsgesetz.
- Ich gehöre zu dem in **§ 264 SGB V** genannten Personenkreis (z. B. **Sozialhilfe**).
- Ich erhalte **Arbeitslosengeld II** nach § 19 SGB II.

### Hinweis:

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich zu dem angekreuzten Personenkreis gehöre. Demnach gilt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft der Regelbedarf nach § 20 Abs. 2 SGB II.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

## Erklärung zum Antrag auf Befreiung von Zuzahlung

Zu den Einnahmen eines Versicherten zum Lebensunterhalt gehören alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann.

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Einkunftsart	Zu meinen/unseren Bruttoeinnahmen gehören (Belege sind beigelegt):	Höhe der Einnahmen in EUR	Die Einnahmen werden bezogen vom/von:				
			Versicherten	Ehegatten/Lebenspartner*	Kind 1 (siehe Antrag)	Kind 2 (siehe Antrag)	Kind 3 (siehe Antrag)
<b>Arbeitseinkommen</b> - Selbständige Tätigkeit - Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Arbeitsentgelt</b> - Lohn/Gehalt, auch aus geringfügiger Beschäftig. - Einmalzahlungen (Weihnachts-, Urlaubsgeld, Prämien)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Renten/Pensionen/u. a.</b> - aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Alters-, Witwen-, Witwer-, Waisen, Erwerbsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeits-, Unfallrente) - aus der gesetzlichen Unfallversicherung - aus privater Lebensversicherung - aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen - von ausländischen Rentenversicherungsträgern und -stellen - Ruhegehalt - Betriebsrente - Vorruhestandsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Einnahmen</b> - Pacht- und/oder Mieteinnahmen - Zinsen aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Entgeltersatzleistungen</b> - Krankengeld, Übergangsgeld Verletztengeld - Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld - Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) - Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Konkursausfallgeld - Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss - Eingliederungshilfe für Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstiges</b> - Erziehungsgeld/Elterngeld/ Betreuungsgeld - Leistungen aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds - Sachbezüge - Unterhalt, Unterhaltsleistungen - Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Im Sinne des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

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