

Antrag auf erhöhten Festzuschuss bei der Versorgung mit Zahnersatz

Ihre vollständigen Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert.

A. Personalien der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen

Name, Vorname, Geburtstag bzw. Versicherungsnummer des Versicherten	derz. Berufstätigkeit	Bruttoeinnahme mon.*
		EUR
Name, Vorname, Geburtstag des Ang. (gilt nur für im gemeinsamen Haushalt lebenden Lebenspartner, Ehegatten und Kinder)	Verwandtschaftsverhältnis	Bruttoeinnahme mon.*
	<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonst. Angeh.	EUR
	<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonst. Angeh.	EUR
	<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonst. Angeh.	EUR

***Die Spalte "Bruttoeinnahme" braucht nicht ausgefüllt werden, wenn die Fragen des Abschnittes B (Härtefallstatus) mit Ja zu beantworten sind**

Zu den Bruttoeinnahmen zählen Arbeitsentgelt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Pensionen, Arbeitslosen- und Unterhaltsgeld sowie Einkommen aus Beteiligungen, Kapitalerträge, Mieten, Pacht und sonstige Einnahmen aus, wie z.B. Unterhaltsbeiträge, Renten, Naturalleistungen u. ä. (Bitte Einkommensnachweis in Kopie beifügen).

B. Härtefallstatus der Leistungsberechtigten

Erhalten Sie oder ein im gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger (Bitte Nachweis beifügen)	
<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ich selbst
<input type="checkbox"/> Leistungen nach SGB II bzw. der bedarfsorientierten Grundsicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Angehöriger
<input type="checkbox"/> Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz	Name
Wohnen Sie oder einer Ihrer Angehörigen	
In einem Heim, wofür die Kosten der Unterbringung von der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge bezahlt werden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ich selbst
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Angehöriger
	Ziffer Bezeichnung des Heimes

Die Angaben sind vollständig und richtig.

Ort und Datum

Unterschrift

Telefonisch erreichbar

Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund des § 55 Abs. 2 SGB V zu erheben. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.