

Antrag auf vollständige Befreiung vom Eigenanteil an den Kosten des Zahnersatzes

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf § 62 Abs. 4 SGB V und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Die Angabe der Telefon-Nummer ist freiwillig.

Allgemeine Angaben		Mitglied	Ehegatte/Lebenspartner oder familienversichertes Kind *)
1. Familienname, Vorname			
Geburtstag			
Anschrift			
Arbeitgeber / Versicherungsverhältnis			☐ Familienversicherung
2. Wegen unzumutbarer Belastung beantrage ich die Befreiung vom Eigenanteil bei der Versorgung mit Zahnersatz.			
3. Es liegt ein besonderer Grund für die vollständige Befreiung von Zuzahlungen und Eigenanteilen vor, weil ich			
☐ Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge) beziehe.			
☐ Arbeitslosenhilfe beziehe.			
☐ Ausbildungsförderung (z.B. BAföG) erhalte.			
☐ in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht bin und die Kosten der Unterbringung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.			
Wenn eine der unter Ziffer 3. genannten Angaben zutrifft, brauchen die Ziffern 4. und 5. nicht ausgefüllt zu werden.			
4. In meinem Haushalt leben			
☐ der Ehegatte/Lebenspartner		Anzahl der familienversicherten Kinder	
5. Monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt	Mitglied	Ehegatte/Lebenspartner	Familienversicherte Kinder
Einkunftsart	EUR	EUR	EUR
Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit (z.B. Lohn, Gehalt)			
Einkünfte aus selbstständiger Arbeit			
Einkünfte aus Gewerbebetrieb			
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft			
Einkünfte aus Kapitalvermögen (z.B. Zinsen)			
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung			
Sonstige Einkünfte (z.B. Rente, Arbeitslosengeld), und zwar			
insgesamt			
☐ Wegen des Zahnersatzes bestehen folgende anderweitige Ansprüche (z.B. Beihilfeansprüche gegen den Arbeitgeber)			
Art des Anspruchs		Leistungspflichtiger	
Vorstehende Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.			
Datum	Telefon-Nummer	Unterschrift	
		X	

Füllt die Krankenkasse aus	☐ Befreiung	☐ Befreiungsbescheid erteilt	Datum / Unterschrift
	☐ keine Befreiung	☐ M.- u. L.-Karte not. / Rechnungsprüfung verständigt	

*) Nur ausfüllen, wenn die Befreiung für den Ehegatten/Lebenspartner oder ein familienversichertes Kind beantragt wird.