

AOK NORDWEST
Die Gesundheitskasse.

58079 Hagen

Antrag auf einen Zuschuss zum Zahnersatz

Heil- und Kostenplan (wenn bekannt)

Datum des Heil- und Kostenplan

Behandelnde/r Zahnarzt/-ärztin

Persönliche Angaben

Vor- und Nachname der/des Versicherten

Krankenversicherungsnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Ich bin: ledig verheiratet in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend¹⁾

geschieden seit _____ getrennt lebend seit _____ verwitwet

¹⁾ Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

Personen im Haushalt

	Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Versicherte/r	_____	_____	AOK NORDWEST
Ehepartner/in oder Lebenspartner/in	_____	_____	_____
Kind 1	_____	_____	_____
Kind 2	_____	_____	_____
Kind 3	_____	_____	_____

Einnahmen zum Lebensunterhalt

Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören die nachstehenden **Bruttoeinnahmen**, mit denen der Lebensunterhalt der Familie bestritten wird. Entsprechende Nachweise habe ich beigefügt:

Einkunftsart	Zu den Ein- nahmen gehö- ren:	Versicherte/-r EUR	Ehe-/Lebens- partner/-in EUR	Kinder (gesamt) EUR
Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen				
• Gehalt, Lohn, Selbständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Einmalzahlungen wie z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien oder Abfindung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Geringfügige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Land- oder Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____

Entgeltersatzleistungen

• Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Hilfe zum Lebensunterhalt (z.B. Sozialhilfe, Pflegewohngeld, Heimunterbringungskosten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Unterhaltsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Kurzarbeiter-, Insolvenzgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____

Erträge

• Pacht-und/oder Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Zinsen aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____

Renten und Pensionen

• Altersrente, ausländische Rente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Hinterbliebenenrenten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Rente aus der gesetzl. Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Rente aus privater Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Betriebsrente, Versorgungsbezüge, Ruhegehalt, Pension	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____

Sonstiges

• Sachbezüge (z.B. mietfreies Wohnen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Unterhaltsleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____

Bankverbindung

Ich bitte um Überweisung einer möglichen Erstattung auf folgendes Konto:

_____ Name des Kreditinstituts	_____ BIC
_____ IBAN	
_____ Vorname und Name des/der Kontoinhabers/-in, falls abweichend	

Nachweise und Angaben

Nachweise über das Familieneinkommen sind beigelegt. Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich Änderungen der Verhältnisse unverzüglich der AOK NORDWEST mitteile.
- ich zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss.
- bestehende Forderungen der AOK NORDWEST aufgerechnet werden sollen.

Ich bestätige außerdem, dass ich bei Vorlage von Kopien über alle Originalbelege verfüge. Ich bewahre die Originale für vier Kalenderjahre auf. Dieser Zeitraum ist für mögliche nachträgliche Prüfungen gesetzlich vorgeschrieben. Die vierjährige Aufbewahrungsfrist beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Antrag gestellt worden ist.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 55 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihre Auskunft ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Auskunft kann zu Nachteilen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

Einwilligung zu Werbezwecken

- Ich bin damit einverstanden, dass die AOK NORDWEST meine Daten verarbeitet und nutzt, um mich künftig per Telefon, E-Mail und SMS über die Services, Produkte und Leistungsangebote der AOK NORDWEST, sowie zu privaten Krankenzusatzversicherungen ihres Kooperationspartners zu informieren. Ich willige in Befragungen zur Qualitätsmessung und Kundenzufriedenheit ein. Diese Einwilligungen kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen – ein Anruf unter der Servicenummer 0800 265 5000 genügt.

Datenschutzhinweis: Unabhängig von Ihrem o. g. Antrag werden Ihre Daten zu Werbezwecken genutzt, wenn Sie o. g. Einwilligungserklärung ankreuzen und unterschreiben. Diese Datenerhebung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 Buchst. a) DSGVO. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

_____ Datum	_____ Unterschrift Antragssteller/-in	_____ Telefonnummer für Rückfragen
----------------	--	---------------------------------------

Ihr erhöhter Festzuschuss

Ein Überblick

Für Zahnersatz gibt es eine festgeschriebene Regelversorgung. An dieser dürfen sich die gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich in Höhe von 60 % beteiligen. Diesen Festzuschuss erhalten Sie auch dann, wenn Sie sich für eine andere Versorgungsform entscheiden.

Es gibt aber auch Fälle, in denen die Krankenkasse ihren Festzuschuss auf 100 % (maximal tatsächlich entstandene Kosten) erhöht. Welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen und wie wir Ihnen dabei helfen können, erklären wir Ihnen gern.

Voraussetzungen

Ob Sie 100 % des Festzuschusses erhalten, richtet sich grundsätzlich nach:

- Ihrem **Bruttoeinkommen** (Gesamteinkommen) und
- der **Anzahl der Angehörigen**, die mit Ihnen gemeinsam in einem Haushalt leben.

Dabei ergeben sich folgende Einkommensgrenzen:

Personen im Haushalt	Einkommensgrenzen 2021 (brutto)
Alleinstehend	1.316,00 EUR
1 Angehöriger	1.809,50 EUR
2 Angehörige	2.138,50 EUR
Jeder weitere Angehörige	+ 329,00 EUR

Zum **Gesamteinkommen** zählen unter anderem:

- Arbeitseinkommen aus einer selbstständigen Tätigkeit
- Lohn/Gehalt (wichtig: die drei letzten Monatsabrechnungen)
- Ausbildungsvergütung (wichtig: die drei letzten Monatsabrechnungen)
- Einkünfte aus einer geringfügigen Beschäftigung (wichtig: die drei letzten Monatsabrechnungen)
- Arbeitslosengeld
- Renten jeglicher Art (auch Betriebsrente)
- Erträge aus Pacht-/Mieteinnahmen sowie Zinsen aus Kapitalvermögen
- Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld)

Wichtig: Wenn Sie eine der folgenden Geldleistungen beziehen, erhalten Sie bei entsprechendem Nachweis automatisch den maximalen Festzuschuss:

- Arbeitslosengeld II
- Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe)
- Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz
- Grundsicherung
- Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz
- Pflegegeld

Wir unterstützen Sie

Gern berechnen wir für Sie, ob Sie sich einen höheren Zuschuss sichern können. Hierzu benötigen wir folgende Unterlagen von Ihnen:

- Ihren **Heil- und Kostenplan**. Lassen Sie sich diesen einfach von Ihrem Zahnarzt mitgeben.
- Den **Antrag** auf den erhöhten Festzuschuss. Diesen erhalten Sie bequem online auf aok.de/nw, in jedem AOK-Kundencenter oder unter **0800 265 5000** (kostenfrei)
- Die Einkommensnachweise von Ihnen und Ihren Angehörigen. Bitte denken Sie dabei gegebenenfalls an die Monatsabrechnungen.

Gut zu wissen

- Für jeden Heil- und Kostenplan ist ein individueller Antrag erforderlich.
- Weitere Informationen zum Festzuschuss erhalten Sie unter **0800 265 5000** (kostenfrei) oder finden Sie online: aok.de/nw
- Ihre Unterlagen hierzu schicken Sie ganz einfach an:
AOK NordWest • Die Gesundheitskasse. • 58079 Hagen

