

**AOK Nordost
Die Gesundheitskasse**

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Kalenderjahr 20__ (bitte eintragen)

Ich beantrage die Zuzahlungsbefreiung/-erstattung auf der Berechnungsgrundlage

- 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen*.
 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen*, ein ärztlicher Nachweis ist beigefügt ja nein

Um prüfen zu können, ob die Voraussetzungen für die Senkung der Belastungsgrenze erfüllt sind, benötigen wir eine Bescheinigung Ihres Arztes. Sie erhalten diese direkt von Ihrer behandelnden Arztpraxis.

Im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige					
Ehe-/Lebenspartner** werden auch berücksichtigt, wenn sie dauerhaft in einer vollstationären Einrichtung der Pflege, in der Leistungen nach § 43 SGB XI erbracht werden, oder in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der Leistungen gemäß § 43a SGB XI erbracht werden, leben. Kinder werden berücksichtigt, wenn sie unter 18 Jahre alt oder familienversichert sind.					
	Mitglied	Ehegatte/ Lebenspartner**	Kind	Kind	Kind
Vorname Name					
Familienstand					
Geburtsdatum					
Krankenversicherten- nummer					
Anschrift					
Telefonnummer (Angabe freiwillig)					
Bezug von ALG II / Sozialhilfe***	<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
Krankenkasse	AOK Nordost				

- * Füllen Sie bitte die Erklärung auf der 2. Seite aus und fügen die aktuellen Einkommensnachweise bei.
- ** Lebenspartner im Sinne des Partnerschaftsgesetzes
- *** Werden Leistungen der Agentur für Arbeit/ des Sozialamtes im gesamten Kalenderjahr bezogen, ist der letzte Bescheid über den Bezug dieser Leistung ausreichend. Die Erklärung auf der 2. Seite brauchen Sie in diesem Fall nicht ausfüllen.

<p>Zuzahlungen Berücksichtigt werden nur gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen nach § 61 SGB V. Eigenanteile (z. B. für orthopädische Schuhe), Privatrezepte sowie Mehrkosten, die medizinisch nicht notwendig sind oder eine vertraglich vereinbarte Vergütung mit dem Leistungserbringer überschreiten, werden nicht berücksichtigt. Die Zuzahlungsnachweise sind im Original beizufügen.</p>

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben und die der zweiten Seite.
 Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der AOK mitteilen muss. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Ich bin damit einverstanden, dass offene Forderungen der AOK Nordost mit dem an mich zu zahlenden Erstattungsbetrag aufgerechnet werden. Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Antragstellung und Abgabe der erforderlichen Daten.

Datenschutzhinweise:
 Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGBV erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungsentscheidung führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte.

Ä

 Ort, Datum

 Unterschrift des Antragstellers/Versicherten

Wird von der AOK Nordost ausgefüllt					
Bankverbindung aktuell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krankenversicherturnummer

Vorname Name

Erklärung zu den Jahresbruttoeinnahmen					
Bitte zutreffendes ankreuzen. Es werden alle Bruttoeinnahmen des Familienverbundes im Kalenderjahr berücksichtigt. Die Kopien der Einkommensnachweise sind beizufügen.					
Art der Einnahme, z.B.	Mitglied	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Es werden keine Einnahmen bezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitseinkommen					
- Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Existenzgründungszuschuss, -beihilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Land und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsentgelt aus Beschäftigung					
- Lohn/Gehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Einkünfte aus versicherungsfreier Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sachbezüge (z.B. freie Kost, Wohnung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abfindungen					
- aus Beendigung des Arbeitsverhältnisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renten/Pensionen/ Abfindungen u. a.					
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Alters-, Hinterbliebenen-, Erwerbsunfähigkeitsrenten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Unfallrenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
- aus privater Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- von ausländischen Rentenversicherungsträgern und -stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ruhegehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Betriebsrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vorruhestandsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erträge					
- Zinsen aus Kapitalvermögen/ Sparguthaben	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- Pacht- und/oder Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entgeltersatzleistungen					
- Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Arbeitslosengeld I/II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kurzarbeitergeld, Insolvenzgeld, Saison-Kurzarbeitergeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Eingliederungshilfe für Spätaussiedler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges					
- Sozialhilfe (z.B. Grundsicherungsleistungen, Hilfe zum Lebensunterhalt, Barbetrag bei Heimunterbringung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pflegegeld für Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Unterhalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sonstige Einnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mitteilung Bankverbindung

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Girokonto:

Kontoinhaber (Nachname, Vorname/Firma/Sonstige) <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma/Sonstige	
Straße und Hausnummer (falls abweichend vom Zahlungsempfänger)	
Postleitzahl und Ort (falls abweichend vom Zahlungsempfänger)	
IBAN (In Deutschland immer 22 Stellen)	Sonstige SEPA-Länder bis max. 34 Stellen !
BIC* (SWIFT-Code, 8 oder 11 Stellen)	Kreditinstitut

* Die Angabe des BIC kann bei SEPA-Zahlungen innerhalb Deutschlands und in die anderen EU-/EWR-Länder entfallen.

* _____ Datum	* _____ Unterschrift Zahlungsempfänger , ggf. gesetzlicher Vertreter/Betreuer oder Bevollmächtigter	* _____ Unterschrift abweichender Kontoinhaber
	☎ _____ Telefon (Angabe freiwillig)	☎ _____ Telefon (Angabe freiwillig)

Ggf. zweite Bankverbindung, wenn ein Angehöriger (z. B. Ehegatte/Lebenspartner) anteilig eine Erstattung erhält und der Anteil auf dessen Konto überwiesen werden soll:

Krankenversicherenummer des Ehegatten/Lebenspartners: _____

Kontoinhaber (Nachname, Vorname/Firma/Sonstige) <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma/Sonstige	
Straße und Hausnummer (falls abweichend vom Zahlungsempfänger)	
Postleitzahl und Ort (falls abweichend vom Zahlungsempfänger)	
IBAN (In Deutschland immer 22 Stellen)	Sonstige SEPA-Länder bis max. 34 Stellen !
BIC* (SWIFT-Code, 8 oder 11 Stellen)	Kreditinstitut

* Die Angabe des BIC kann bei SEPA-Zahlungen innerhalb Deutschlands und in die anderen EU-/EWR-Länder entfallen.

* _____ Datum	* _____ Unterschrift Zahlungsempfänger , ggf. gesetzlicher Vertreter/Betreuer oder Bevollmächtigter	* _____ Unterschrift abweichender Kontoinhaber
----------------------------	---	--

Hinweis zum Datenschutz: Die Daten werden nur für den Zahlungsverkehr verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.