

Erklärung zum Antrag auf doppelten Festzuschuss für Zahnersatz

1. Persönliche Angaben

Vorname und Name des Versicherten	Geburtsdatum
Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer	Vorwahl, Rufnummer
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. leb. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.	Versicherten-Nr.
IBAN	
BIC	
Name des Geldinstitutes	
Vorname Name des Kontoinhabers, wenn dieser nicht mit Antragsteller identisch ist	

Bitte Zutreffendes ankreuzen und Nachweise beifügen.

- Ich erhalte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz.
- Ich erhalte Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II).
- Ich erhalte Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder im Rahmen der Anordnung der Bundesagentur für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter.
- Ich erhalte voll oder teilweise die Kosten der Unterbringung in einem Senioren- oder Pflegeheim o. Ä. von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz.

2. Berücksichtigungsfähige Angehörige

	Name	Vorname	Krankenkasse	Geburtsdatum
Versicherter				
Ehegatte				
Kind 1*				
Kind 2*				
Kind 3*				

*) generell Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (unabhängig davon, ob sie familien-, pflicht-, freiwillig oder nicht gesetzlich versichert sind), darüber hinaus, wenn sie nach § 10 SGB V familienversichert sind

Bitte füllen Sie auch die umseitige Erklärung aus.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Versicherten _____

wird von Ihrer AOK ausgefüllt:			
anrechenbares Einkommen _____		EUR (bestätigte Bruttoeinnahmen - siehe Rückseite)	
Härtefallbefreiung für Zahnersatz			
<input type="checkbox"/> 14004	<input type="checkbox"/> 14005	<input type="checkbox"/> 14006	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Befr. Zuz. wg. geringer Einnahmen	Befr. Zuz. wg. Sozialhilfe, ALG II usw.	Befr. Zuz. wg. Heimunterbringung	<input type="checkbox"/> 14001 Ablehnung Härtefall
Ausstellungsdatum HKP: _____			
sachlich und rechnerisch richtig, Datum/Unterschrift _____		EDV erfasst, Datum/Zeichen _____	

Erklärung zum Antrag auf doppelten Festzuschuss für Zahnersatz

von

Versichertennummer

Zu den Einnahmen eines Versicherten zum Lebensunterhalt gehören alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann.
Bitte Zutreffendes ankreuzen und Belege beifügen.

			Die Einnahmen werden bezogen vom/von:				
Einkunftsart:	Zu meinen/unseren monatlichen Bruttoeinnahmen gehören: (Belege sind beigefügt)	Höhe der Einnahmen EUR	Versicherten	Ehegatten	Kind 1 (siehe Antrag)	Kind 2 (siehe Antrag)	Kind 3 (siehe Antrag)
Arbeitseinkommen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja						
- Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja						
Arbeitsentgelt			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lohn/Gehalt (auch aus geringfügiger Beschäftigung)	<input type="checkbox"/> ja						
- Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien)	<input type="checkbox"/> ja						
Renten/Pensionen u. a.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aus der gesetzlichen Rentenversicherung z. B. Alters-, Witwen-, Witwer-, Waisen-, Erwerbsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeits-, Unfallrente	<input type="checkbox"/> ja						
- aus der gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja						
- aus privater Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja						
- aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen	<input type="checkbox"/> ja						
- von ausländischen Rentenversicherungsträgern und -stellen	<input type="checkbox"/> ja						
- Ruhegehalt oder Betriebsrente	<input type="checkbox"/> ja						
- Vorruhestandsgeld	<input type="checkbox"/> ja						
Erträge			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pacht- und/oder Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> ja						
- Zinsen aus Sparguthaben (<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich)	<input type="checkbox"/> ja						
Entgeltersatzleistungen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> ja						
- Unterhaltsgeld	<input type="checkbox"/> ja						
- Sozialgeld	<input type="checkbox"/> ja						
- Eingliederungshilfe für Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> ja						
- Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld	<input type="checkbox"/> ja						
- Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Konkursausfallgeld	<input type="checkbox"/> ja						
- Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss	<input type="checkbox"/> ja						
- Elterngeld	<input type="checkbox"/> ja						
Sonstiges			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Barbetrag bei Heimunterbringung (Taschengeldempfänger)	<input type="checkbox"/> ja						
- Grundsicherungsleistung (GsiG)	<input type="checkbox"/> ja						
- Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe)	<input type="checkbox"/> ja						
- Leistungen aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds	<input type="checkbox"/> ja						
- Pflegegeld an Pflegeeltern	<input type="checkbox"/> ja						
- Sachbezüge	<input type="checkbox"/> ja						
- Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> ja						
- Unterhalt, Unterhaltsleistungen	<input type="checkbox"/> ja						

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.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Die Datenerhebung beruht auf § 99 SGB X i. V. m. § 60 SGB I und ist zur Entscheidung der Befreiung von Eigenanteilen für Zahnersatz erforderlich.