

## 1. Persönliche Angaben

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. leb. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.		Telefon
Bankverbindung:		
BIC	IBAN	Name der Bank

## Einkommensverhältnisse und Zuzahlungen

Bitte zutreffendes ankreuzen 

- Ich erhalte Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung vom Sozialhilfeträger oder Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz.
- Ich erhalte Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II).
- Ich erhalte voll oder teilweise die Kosten der Unterbringung in einem Senioren- oder Pflegeheim o. ä. von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge.
- Ich erhalte Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder im Rahmen der Anordnungen der Bundesanstalt für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter.

**- Nachweis(e) ist/sind beigelegt!**

## 2. Einnahmen zum Lebensunterhalt

In meinem Haushalt leben folgende Personen					Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (gesamt) Siehe Anlage!
	Name	Vorname	Krankenkasse	Geb.-datum	mtl. Gesamteinnahmen in EUR
Versicherter			AOK		
Ehegatte					
Kind 1 *					
Kind 2 *					
Kind 3 *					
* Kinder in diesem Sinne sind Kinder, die mit Ihnen bzw. Ihrem Ehegatten familienversichert sind.					=

**Ich versichere die Richtigkeit dieser Angabe. 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.**

**Bitte auch die Erklärung zum Antrag vollständig ausfüllen und unterschreiben.**

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

## Anlagen

Die Datenerhebung beruht auf § 99 SGB X i.V.m. § 60 SGB I und ist zur Entscheidung der Übernahme des Eigenanteils bei Zahnersatz erforderlich

## Erklärung zum Antrag auf erhöhten Zuschuss zum Zahnersatz

Zu den Einnahmen eines Versicherten zum Lebensunterhalt gehören alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann.

Einkunftsart	Zu meinem/ unseren monatl. <b>Bruttoeinnahmen</b> gehören ( <b>Belege</b> <b>sind beigefügt</b> )	Die Einnahmen werden bezogen vom/von:		
		Versicherten	Ehegatten	Kind (bitte Name/ Namen eintragen)
<b>Arbeitseinkommen</b>				
- Selbständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
<b>Arbeitsentgelt (Bitte Verdienstbescheinigungen der letzten 3 Monate beifügen)</b>				
- Lohn/Gehalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- Lohn/Gehalt aus <b>geringfügiger Beschäftigung (EUR -Job)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> monatlich
		_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
<b>Renten/Pensionen/u. a.</b>				
- aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z.B. LVA, BfA) z. B. Alters-, Witwen-, Witwer-, Waisen-, Erwerbsunfähigkeits-, Unfallrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen z. B. Landwirtschaftliche Alterskasse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- aus der gesetzlichen Unfallversicherung ( <b>BG</b> )	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- aus privater Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
von ausländischen Rentenversicherungsträgern und Rentenversicherungsstellen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Ruhegehalt/Betriebsrente/Vorruhestandsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
<b>Erträge</b>		<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> monatlich
Pacht- und/oder Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Zinsen aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Zinsen aus Sparbüchern bzw. Sparanlagen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
<b>Entgeltersatzleistungen</b>				
Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Unterhaltsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe, Grundsicherungsleistung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Konkursausfallgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Eingliederungshilfe für Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
<b>Sonstiges</b>				
Barbetrag bei Heimunterbringung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Leistungen aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Sachbezüge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Unterhalt, Unterhaltsleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
<b>Bitte die monatlichen Gesamtbeträge auf Seite 1 übertragen</b>		_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR

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 Übernahme des Eigenanteils bei Zahnersatz erforderlich.