

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		Service-Nr.
Bankverbindung: IBAN:		Telefon-Nr.*
Bitte zutreffendes ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antrag auf Erstattung der gesetzlichen Zuzahlungen <input type="checkbox"/> Antrag auf Vorauszahlung der Belastungsgrenze		

Erklärung zu den Einkommensverhältnisse und Zuzahlungen

Bitte zutreffendes ankreuzen

- Ich erhalte Sozialhilfe oder Grundsicherung.
- Ich erhalte 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.

	Mitglied	Ehegatte /Lebenspartner	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Name						
Vorname						
Geburtsdatum						
Bruttoeinnahmen						

Zu den Bruttoeinnahmen gehören alle Bruttoeinnahmen im laufenden Kalenderjahr, unabhängig von ihrer steuerrechtlichen Behandlung. Hierzu gehören u. a. Lohn, Gehalt, Einmalzahlungen, Renten, ausländische Renten, Versorgungsbezüge, Miet-/Pachteinnahmen, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Arbeitslosengeld, Unterhaltszahlungen, Zinserträge etc.

Entsprechende Belege zu den Einnahmen sind beigelegt.

Zuzahlungen						
Berücksichtigt werden nur die im Zusammenhang mit einer Leistung der gesetzlichen Krankenkasse entstandenen Zuzahlungen. Bitte beachten Sie, dass Eigenbeteiligung zu Zahnersatz, privat verordnete Arzneimittel oder freiverkäufliche Arzneimittel und wirtschaftliche Aufzahlungen bei der Befreiung von den Zuzahlungen nicht berücksichtigt werden können.						
Krankenkasse						

Für Versicherte, die sich wegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung in Dauerbehandlung befinden, ermäßigt sich die Eigenbeteiligung auf 1 %. Zum Nachweis reichen Sie uns bitte eine von Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllte „Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung (Muster 55)“ ein.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben im Antrag. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich mitzuteilen habe. Im Falle von zu Unrecht bezogenen Leistungen bin ich dazu verpflichtet, sie zurückzuzahlen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Datenschutzhinweis:

Die vorgenannten personenbezogenen Daten sind zur Berechnung Ihrer individuellen Belastungsgrenze zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlungen bzw. Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind die §§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 i.V.m. 62 SGB V. Die Daten werden ausschließlich zur Berechnung Ihrer individuellen Belastungsgrenze gespeichert und verwendet. Ihr Mitwirken ist nach §§ 60 SGB I und 206 SGB V erforderlich. Ohne Ihr Mitwirken und die vollständigen Angaben zu Ihren Einkommensverhältnissen können wir Ihre Belastungsgrenze nicht berechnen. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bei eventuellen Rückfragen bitten wir Sie um freiwillige Angabe (*) Ihrer Telefonnummer. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte> oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de.