

Antrag auf Übernahme der Restkosten für Zahnersatz

Name, Vorname	KV-Nummer, Geburtsdatum	Familienstand
Anschrift	Telefonnummer*	
IBAN	BIC-Code	
Name, Vorname Kontoinhaberin/Kontoinhaber (wenn abweichend von antragstellender Person)	Adresse Kontoinhaberin/Kontoinhaber (wenn abweichend von antragstellender Person)	

Behandelnder Zahnarzt:

Name	Anschrift
------	-----------

In meinem Haushalt leben weitere Angehörige:

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Ehemann/Ehefrau oder in Lebenspartnerschaft eingetragene Person			
Kind			
Kind			
Kind			

Ich beziehe

- Hilfe zum Lebensunterhalt
 - nach dem Sozialgesetzbuch II (Bürgergeld) bzw. nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe oder Grundsicherung)
 - im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
- Ausbildungsförderung
 - nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAFöG)
 - Ausbildungsförderung nach dem SGB III oder Arbeits- und Berufsförderung für Menschen mit Behinderung
- Ich bin in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht. Die Kosten der Unterbringung werden von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge voll oder teilweise getragen.

Bitte fügen Sie für die oben genannten Einkommensarten entsprechende Nachweise/Bewilligungsbescheide in Kopie bei.

- Nur ausfüllen, wenn keine der zuvor aufgeführten Leistungen bezogen werden. Die monatlichen Bruttoeinnahmen aller mit mir im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ergeben sich aus dem Bogen Nr. 2 (Erklärung zum Antrag).

Bitte entsprechende kopierte Nachweise (Lohn-/Gehaltsabrechnung, Rentenmitteilung, Bewilligungsbescheide usw.) beilegen.

Ich versichere die Richtigkeit der in Blatt 1 und Blatt 2 (Erklärung zum Antrag) gemachten 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 der/des Versicherten

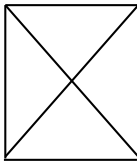
- Fortsetzung auf Blatt 2 -

Datenschutzhinweis:
Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Feststellung eines doppelten Festzuschusses bzw. Übernahme von weiteren Zahnersatzkosten nach § 55 Abs. 2 und 3 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen, z.B. zur Übernahme von zu geringen Zahnersatzkosten führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte. Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

auf Übernahme der Restkosten für Zahnersatz

Name, Vorname	KV-Nr., Geburtsdatum
---------------	----------------------

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

Zu meinen / unseren Bruttoeinnahmen gehören: (Belege sind beigelegt)		Die Einnahmen werden bezogen von der/dem im Haushalt lebenden:				
Einkunftsart	Höhe der Einnahmen (Monat) EUR	Versicherten	Angehörigen *	Kind	Kind	Kind
Arbeitseinkommen - Selbstständige Tätigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Land- und Forstwirtschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsentgelt - Lohn/Gehalt (inkl. Arbeitsentgelt aus einer Aus- hilfsbeschäftigung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Geringfügige Beschäftigung (450-Euro-Job) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renten/Pensionen/u. a. - aus der gesetzlichen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - aus der gesetzlichen Unfallversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - aus privater Lebens-/Unfallversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Betriebsrente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Ruhegehalt (z.B. Pension) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - von ausländischen Versicherungsträgern oder -stellen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Vorruhestandsgeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erträge - Pacht- und/oder Mieteinnahmen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Zinsen aus Kapitalvermögen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entgeltersatzleistungen: - Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Arbeitslosengeld I <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Konkursausfallgeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges - Kostenübernahme der Heimunterbringung bzw. Zuschuss zu den Heimunterbringungskosten durch Privatpersonen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Leistungen aus Mitteln des Europäischen Sozial- fonds <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Unterhalt, Unterhaltsleistungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Sonstige Einkünfte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Bruttoeinnahmen der Angehörigen: - Bürgergeld (Arbeitslosengeld II) bzw. Sozialgeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Sozialhilfe oder Grundsicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Leistungen nach BVG oder vergleichbarer Vorschriften <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Ehemann/Ehefrau bzw. in Lebenspartnerschaft eingetragene Person