

2024

Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen/ Antrag auf Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen

Name, Vorname KV-Nummer Geburtsdatum TT.MM.JJJJ

Familienstand ledig verheiratet in eingetragener Lebenspartnerschaft getrennt lebend geschieden verwitwet

Anschrift Telefonnummer*

Geldinstitut BIC IBAN

Kontoinhaberin/Kontoinhaber (Name, Vorname nur wenn abweichend von antragstellender Person)

Adresse Kontoinhaberin/Kontoinhaber

1. Angaben zu den im Haushalt lebenden Angehörigen

	Name, Vorname	KV-Nr. / Geburtsdatum	Krankenkasse
Antragsteller/-in		/	AOK Hessen
Ehepartner/-in bzw. Lebenspartner/-in**		/	
Kind		/	
Kind		/	
Kind		/	
Kind		/	

Mein/Meine Ehepartner/-in bzw. Lebenspartner/-in** wohnt in einem Pflegeheim und bezieht Leistungen der Pflegeversicherung.
**Paare in einer gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

2. Meine gesamten Bruttoeinnahmen und die aller mit mir im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ergeben sich aus dem Bogen Nr. 2 (Erklärung zum Antrag). Die Belege habe ich beigelegt.

3. Die mir vorliegenden namentlichen Zuzahlungsbelege habe ich im Original diesem Antrag beigelegt.

Den Betrag bis zur Erreichung der Belastungsgrenze kann die AOK Hessen einmalig von meinem Bankkonto einziehen. Die dafür erforderliche Erklärung „SEPA-Lastschriftmandat“ füge ich bei. Die notwendige Deckung ist auf meinem Konto vorhanden. Evtl. entstehende Rücklastschriftgebühren werden von mir getragen.

Ich versichere die Richtigkeit der in Blatt 1 und Blatt 2 (Erklärung zu den Einnahmen) gemachten Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich der AOK eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich mitzuteilen habe. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Befreiung von Zuzahlungen und Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 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. zu einer erhöhten Belastungsgrenze 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.

Nur durch die AOK auszufüllen:

Ausweis ausgestellt BESO-Merkmale in Fachinfo erfasst

Datum und Organnummer

LEI135 – 01.01.2024 Internet

Blatt 1

2024

**Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen/
Antrag auf Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen**

Name, Vorname _____

KV-Nummer _____

Geburtsdatum TT.MM.JJJJ _____

Zu meinen / unseren Bruttoeinnahmen gehören: (aktuelle Nachweise sind beigelegt)		Die Bruttoeinnahmen (EUR) verteilen sich wie folgt:			
Einkunftsart	Zahlungsweise (jährlich, halb-, vierteljährlich, monatlich)	Versicherte/-r	Ehepartner/-in bzw. Lebens- partner/ -in**	Kind (Name)	Kind (Name)
Arbeitseinkommen - Selbstständige Tätigkeit/Land- und Forstwirtschaft <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Arbeitsentgelt - Lohn/Gehalt (inkl. geringfügige Beschäftigung) <input type="checkbox"/> - Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien) <input type="checkbox"/>	_____ _____	_____	_____	_____	_____
Renten/Pensionen/u. a. - aus der gesetzlichen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> - aus der gesetzlichen Unfallversicherung <input type="checkbox"/> - aus privater Lebensversicherung <input type="checkbox"/> - aus Versorgungs- und Zusatzversorgungs- kassen, Betriebsrenten <input type="checkbox"/> - von ausländischen Rentenversicherungs- trägern oder -stellen <input type="checkbox"/> - Rente nach dem BVG <input type="checkbox"/> - Ruhegehalt, Pensionen, Vorruhestandsgeld <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____	_____	_____	_____
Erträge - Pacht- und/oder Mieteinnahmen <input type="checkbox"/> - Zinsen aus Kapitalvermögen <input type="checkbox"/>	_____ _____	_____	_____	_____	_____
Entgeltersatzleistungen - Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld <input type="checkbox"/> - Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> - Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Konkursausfallgeld <input type="checkbox"/> - Mutterschaftsgeld / Elterngeld, Arbeitgeber- zuschuß zum Mutterschaftsgeld <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____	_____	_____	_____	_____
Sonstiges - Kostenübernahme bzw. Zuschuss zu der Heim- unterbringung durch einen Sozialhilfeträger/ Landeswohlfahrtsverband <input type="checkbox"/> - Bürgergeld <input type="checkbox"/> - Sozialhilfe <input type="checkbox"/> - Grundsicherung <input type="checkbox"/> - Wohngeld <input type="checkbox"/> - Unterhalt, Unterhaltsleistungen <input type="checkbox"/> - weitere sonstige Einkünfte <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____	_____	_____	_____

**) Paare in einer gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

Hinweis:

**Bitte fügen Sie die vollständigen und kopierten Einkommensbelege diesem Antrag bei.
Die Unterlagen werden nach der elektronischen Archivierung vernichtet.**

