

5312

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Leistungen und Services
14456 Potsdam

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Versichertennummer

Antrag auf maximalen Festzuschuss für Zahnersatz bei unzumutbarer Belastung

1. Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet

2. In meinem Haushalt leben folgende Personen:

	Name	Vorname	Krankenkasse	Geburtsdatum
Ehegatte/ Lebenspartner				
Kind 1				
Kind 2				
Kind 3				
Sonstige Ange- hörige (z. B. Mutter)				
Sonstige Ange- hörige (z. B. Vater)				

3. Ich ☐ übe mehrere Beschäftigungen/Tätigkeiten aus.
 ☐ habe eine Rente beantragt.
 ☐ erhalte Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II / Bürgergeld oder Hilfe der Kriegsopferfürsorge.
 ☐ erhalte andere Leistungen von der Agentur für Arbeit. Art:
 ☐ erhalte voll oder teilweise die Kosten der Unterbringung in einem Senioren- oder
 Pflegeheim oder ähnlichen Einrichtungen vom Sozialamt oder Versorgungsamt

Vorname und Name

Versichertennummer

5312

4. Meine Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und die der unter Punkt 2 aufgeführten Personen im beantragten Kalenderjahr. **(Bitte schicken Sie die Belege für Ihre Bruttoeinnahmen mit.)**

Einkunftsart (Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.)	Höhe der Einnahmen in EUR	Zeitraum von – bis oder ab	Mitglied	Ehegatte/Lebenspartner	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Arbeitseinkommen							
☐ Selbständige Tätigkeit			☐	☐	☐	☐	☐
☐ Land- und Forstwirtschaft			☐	☐	☐	☐	☐
Arbeitsentgelt							
☐ Lohn/Gehalt (Nachweis der letzten 3 Monate bei schwankenden Bezügen erforderlich)			☐	☐	☐	☐	☐
☐ Einkünfte aus versicherungsfreier Tätigkeit			☐	☐	☐	☐	☐
☐ Einmalzahlungen (Weihnachts-/Urlaubsgeld, Prämien)			☐	☐	☐	☐	☐
Renten/Pensionen/u. a.							
☐ aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Alters-, Witwen-, Witwer-, Waisen-, Erwerbsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeits-, Unfallrente)			☐	☐	☐	☐	☐
☐ aus der gesetzlichen Unfallversicherung			☐	☐	☐	☐	☐
☐ aus privater Lebensversicherung			☐	☐	☐	☐	☐
☐ aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen			☐	☐	☐	☐	☐
☐ von ausländischen Rentenversicherungen			☐	☐	☐	☐	☐
☐ Ruhegehalt			☐	☐	☐	☐	☐
☐ Betriebsrente			☐	☐	☐	☐	☐
☐ Vorruhestandsgeld			☐	☐	☐	☐	☐
Erträge							
☐ Pacht- und/oder Mieteinnahmen			☐	☐	☐	☐	☐
☐ Zinsen aus Kapitalvermögen			☐	☐	☐	☐	☐
Entgeltersatzleistungen							
Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld			☐	☐	☐	☐	☐
Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II / Bürgergeld, Unterhaltsgeld			☐	☐	☐	☐	☐
Kurzarbeiter-, Winterausfall-, Insolvenzgeld			☐	☐	☐	☐	☐
Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss			☐	☐	☐	☐	☐
☐ Eingliederungshilfe für Spätaussiedler			☐	☐	☐	☐	☐
☐ Sozialhilfe			☐	☐	☐	☐	☐
☐ Grundsicherungsleistungen (nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)			☐	☐	☐	☐	☐
☐ Barbetrag bei Heimunterbringung (Selbstzahler)			☐	☐	☐	☐	☐
☐ Leistungen aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds			☐	☐	☐	☐	☐
☐ Sachbezüge (z. B. freie Kost, Wohnung)			☐	☐	☐	☐	☐
☐ Unterhalt, Unterhaltsleistungen			☐	☐	☐	☐	☐
☐ Sonstige Einkünfte			☐	☐	☐	☐	☐

Ich versichere, dass die Angaben richtig sind. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Sollte sich etwas an diesen Angaben ändern, teile ich das der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse mit. Leistungen, die ich zu Unrecht erhalten habe, muss ich zurückzahlen.

.....
Datum und Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten

Gültig ohne Unterschrift bei Versand über die „Meine AOK“