

**AOK Nordost
Die Gesundheitskasse**

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Kalenderjahr 20__ (bitte eintragen)

Ich beantrage die Zuzahlungsbefreiung/-erstattung auf der Berechnungsgrundlage

- 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen.
- 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen, weil ich bzw. mein Ehegatte/Lebenspartner*/Kind** schwerwiegend chronisch krank bin/ist. Um prüfen zu können, ob die Voraussetzungen für die Senkung der Belastungsgrenze erfüllt sind, benötigen wir eine Bescheinigung Ihres Arztes. Wenn uns diese noch nicht vorliegt, können Sie den Vordruck bei uns anfordern. Rufen Sie uns dazu bitte an unter Tel. 0800 2650800 (kostenfrei aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz) oder senden Sie uns eine E-Mail www.aok.de/nordost/mail.

Ich, mein nachstehend aufgeführter Ehegatte/Lebenspartner* und die aufgeführten Kinder** leben in einem gemeinsamen Haushalt***. Der Antrag gilt für alle aufgeführten Personen.

	Mitglied	Ehegatte/ Lebenspartner*	Kind 1**	Kind 2**	Kind 3**
Vorname Name					
Familienstand					
Geburtsdatum					
Krankenversicherungsnummer					
Anschrift					
Telefonnummer (Angabe freiwillig)					
Bezug von ALG II/ Sozialhilfe ****	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Jahresbruttoeinnahmen ****	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Zuzahlungen ***** Zuzahlungsnachweise sind im Original beige- gefügt.	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Krankenkasse	AOK Nordost				

- * Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes
- ** Für Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind die Voraussetzungen der Familienversicherung des § 10 SGB V maßgebend. Leben weitere familienversicherte Kinder im Haushalt, ist ein zweites Antragsformular zu verwenden.
- *** Zum gemeinsamen Haushalt zählt auch ein Ehegatte oder Lebenspartner, der dauerhaft in eine vollstationäre Einrichtung der Pflege, in der Leistungen nach § 43 SGB XI erbracht werden, oder in eine vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der Leistungen gemäß § 43a SGB XI erbracht werden, aufgenommen wurde. Werden keine Leistungen nach § 43 oder § 43 a SGB XI bezogen, liegt ein gemeinsamer Haushalt nicht vor.
- **** Werden Leistungen der Agentur für Arbeit/des Sozialamtes im gesamten Kalenderjahr bezogen, ist der letzte Bescheid über den Bezug dieser Leistung ausreichend. Die Erklärung auf der 2. Seite brauchen Sie in diesem Fall nicht auszufüllen.
- ***** Füllen Sie bitte die Erklärung auf der 2. Seite aus und fügen die aktuellen Einkommensnachweise bei.
- ***** Berücksichtigt werden nur gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen nach § 61 SGB V. Eigenanteile (z. B. für orthopädische Schuhe), Privatrezepte sowie Mehrkosten, die medizinisch nicht notwendig sind oder eine vertraglich vereinbarte Vergütung mit dem Leistungserbringer überschreiten, werden nicht berücksichtigt.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben und die der zweiten Seite. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der AOK mitteilen muss. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Ich bin damit einverstanden, dass offene Forderungen der AOK Nordost mit dem an mich zu zahlenden Erstattungsbetrag aufgerechnet werden. Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Antragstellung und Abgabe der erforderlichen Daten.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Antragstellers/Versicherten _____

Die Erhebung der Daten beruht auf § 62 SGB V in Verbindung mit § 60 Abs. 1 SGB I und § 99 SGB X und ist zur Entscheidung über die Befreiung von Zuzahlungen erforderlich.

Erklärung zu den Jahresbruttoeinnahmen

Einkunftsart Bitte zutreffendes ankreuzen!		Höhe der Einnahmen in EUR	Zeitraum von – bis oder ab	Mitglied	Ehegatte/Lebenspartner	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Es werden keine Einnahmen bezogen.	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitseinkommen - Selbstständige Tätigkeit - Existenzgründungszuschuss, -beihilfe - Land und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arbeitsentgelt aus Beschäftigung/Ausbildung - Lohn/Gehalt - Einkünfte aus versicherungsfreier Tätigkeit - Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Abfindungen - aus Beendigung des Arbeitsverhältnisses	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renten/Pensionen/ Abfindungen 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 Rentenversicherungsträgern und -stellen - Ruhegehalt - Betriebsrente - Vorruhestandsgeld	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Erträge - Zinsen aus Kapitalvermögen/ Sparguthaben - Pacht- und/oder Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Entgeltersatzleistungen - Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld - Arbeitslosengeld I/II - Unterhaltsgeld - Kurzarbeitergeld, Insolvenzgeld, Saison-Kurzarbeitergeld - Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss - Eingliederungshilfe für Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sonstiges - Sozialhilfe - Grundsicherungsleistungen - Barbetrag bei Heimunterbringung (Selbstzahler) - Eigenheimzulage - Sachbezüge (z.B. freie Kost, Wohnung) - Pflegegeld für Kinderbetreuung - Unterhalt, Unterhaltsleistungen - Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz - Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Die Erhebung der Daten beruht auf § 62 SGB V in Verbindung mit § 60 Abs. 1 SGB I und § 99 SGB X und ist zur Entscheidung über die Befreiung von Zuzahlungen erforderlich.

**AOK Nordost
Die Gesundheitskasse**

Angabe der Bankverbindung

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Girokonto:

Name des Kreditinstituts

BIC*:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 *Diese Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.

IBAN*:

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Das Konto soll bis auf Widerruf einmalig genutzt werden.

Ich bin **nicht** Inhaber des angegebenen Kontos; Kontoinhaber ist:

Name, Vorname/Firma

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort abweichender Kontoinhaber

Datum/Unterschrift abweichender Kontoinhaber



Telefon (Angabe freiwillig)

Datum/Unterschrift des Versicherten ggf. Betreuers/Bevollmächtigten oder gesetzlichen Vertreters

**Ggf. zweite Bankverbindung, wenn ein Angehöriger (z. B. Ehegatte/Lebenspartner),
anteilig eine Erstattung erhält und der Anteil auf dieses Konto überwiesen werden soll:**

Krankenversicherungsnummer des Ehegatten/Lebenspartners: _____

Name des Kreditinstituts

BIC*:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 *Diese Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.

IBAN*:

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Das Konto soll bis auf Widerruf einmalig genutzt werden.

Ich bin **nicht** Inhaber des angegebenen Kontos; Kontoinhaber ist:

Name, Vorname/Firma

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort abweichender Kontoinhaber

Datum/Unterschrift abweichender Kontoinhaber



Telefon (Angabe freiwillig)

Datum/Unterschrift des Angehörigen