

Aktenzeichen:

**Antrag auf Erstattung von Zuzahlungen und Befreiung bei
Überschreiten der Belastungsgrenze für das Jahr**

A. Angaben zum Versicherten (Bitte ausfüllen oder Zutreffendes ankreuzen.)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon
Ich bin <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet	

B. Zusätzliche Angaben

1. Sind Sie oder ein Angehöriger in einem Alten-/Pflegeheim oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht?

nein ja, und zwar

Name, Vorname
Name der Einrichtung

in

Wer trägt die Kosten des Pflegeheims? (Bitte Heimkostenabrechnung stets beifügen.)

Die Kosten trägt die/der o. g. Versicherte. Die Kosten trägt der Angehörige in Höhe von €

Die Kosten trägt der Sozialhilfeträger/die Kriegsopferfürsorge. (Bitte Bescheid beifügen.)

2. Beziehen Sie oder ein Angehöriger Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilferecht oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder Leistungen der bedarfsorientierten Grundsicherung? (Bitte eine Kopie des Bewilligungsbescheids beifügen.)

nein ja, und zwar

Name, Vorname	
Leistungszeitraum von/bis	Leistungsart

C. Angaben zu den Einkommensverhältnissen des Kalenderjahres

	Mitglied	Ehegatte/ Lebenspartner	Kinder oder sonstige im Haushalt lebende Angehörige *	
1. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (Falls ja, bitte Abschnitt D und F ausfüllen.)	<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
2. Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, z. B. Gewerbe (Falls ja, bitte Abschnitt F ausfüllen.)	<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
3. Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung sowie Einnahmen aus Kapitalvermögen, z. B. Zinserträge? (Falls ja, bitte Abschnitt E und F ausfüllen.)	<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
4. Einnahmen aus nicht-selbständiger Arbeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text" value="jährlich"/> €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text" value="jährlich"/> €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text" value="jährlich"/> €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text" value="jährlich"/> €
5. Sonstige jährliche Einnahmen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art <input type="text"/> <input type="text" value="jährlich"/> €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art <input type="text"/> <input type="text" value="jährlich"/> €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art <input type="text"/> <input type="text" value="jährlich"/> €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art <input type="text"/> <input type="text" value="jährlich"/> €

* **Kinder:**
- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres unabhängig davon, ob sie familienversichert, pflichtversichert oder nicht gesetzlich versichert sind;
- nach Vollendung des 18. Lebensjahres nur, sofern sie familienversichert sind.
Sonstige im Haushalt lebende Angehörige:
- ledige mitarbeitende Familienangehörige ohne Arbeitsvertrag (nicht rentenversicherungspflichtig).

	Mitglied	Ehegatte/ Lebenspartner	Kinder oder sonstige im Haushalt lebende Angehörige	
6. Renten, Pensionen, Altersgeld, Leibrente und Ähnliches? (Bitte brutto angeben.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art <input type="text"/> monatlich <input type="text"/> € Art <input type="text"/> monatlich <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art <input type="text"/> monatlich <input type="text"/> € Art <input type="text"/> monatlich <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art <input type="text"/> monatlich <input type="text"/> € Art <input type="text"/> monatlich <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art <input type="text"/> monatlich <input type="text"/> € Art <input type="text"/> monatlich <input type="text"/> €
7. Bezüge aus Hofabgabe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> freie Kost bzw. Verpflegung <input type="checkbox"/> Barzuwendung (Taschengeld) monatlich <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> freie Kost bzw. Verpflegung <input type="checkbox"/> Barzuwendung (Taschengeld) monatlich <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> freie Kost bzw. Verpflegung <input type="checkbox"/> Barzuwendung (Taschengeld) monatlich <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> freie Kost bzw. Verpflegung <input type="checkbox"/> Barzuwendung (Taschengeld) monatlich <input type="text"/> €
8. Bei Altenteilern: Erzielen Sie seit der Übergabe Einnahmen aus zurückbehaltenen landwirtschaftlichen Flächen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
9. Haben Sie oder Ihre Angehörigen im laufenden Kalenderjahr einmalige Einnahmen (z. B. Weihnachtsgeld, Abfindungen aus Lebensversicherung oder Renten) erzielt oder sind diese zu erwarten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von <input type="text"/> jährlich <input type="text"/> € (Bitte Nachweis beifügen.)			
D. Angaben zu Land-/Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Tätigkeit				
Ich bin pauschalbeststeuerter Landwirt nach §13a EStG. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, das Einkommen ergibt sich aus dem Wirtschaftswert.				
E. Angaben zu Einkünften aus Vermietung und Verpachtung sowie Einnahmen aus Kapitalvermögen				
1. Einkünfte aus Vermietung? (Absetzung für Abnutzung und Werbungskosten dürfen in Abzug gebracht werden.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		jährlich <input type="text"/> €	
2. Einkünfte aus Verpachtung? (Absetzung für Abnutzung und Werbungskosten dürfen in Abzug gebracht werden.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		jährlich <input type="text"/> €	
3. Einnahmen aus Kapitalvermögen? (Sparer-Freibetrag und Werbungskosten dürfen nicht abgezogen werden.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		jährlich <input type="text"/> €	
F. Angaben zum Einkommensnachweis und zu der aktuellen Einkommenssituation				
<input type="checkbox"/> Ich bin nicht zur Einkommenssteuer veranlagt. (Bitte andere Einkommensnachweise beifügen.)				
<input type="checkbox"/> Ich bin zur Einkommenssteuer veranlagt.				
<input type="checkbox"/> Eine Kopie des letzten Steuerbescheids liegt bei. <input type="checkbox"/> Der letzte Steuerbescheid liegt der Alterskasse vor.				
<input type="checkbox"/> Die derzeitigen Einkünfte haben sich gegenüber dem letzten Steuerbescheid geändert.				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte aktuelle Gewinn- und Verlust-Rechnung oder sonstigen Nachweis beifügen.)				
G. Bankverbindung für eine Erstattung				
Name und Sitz der Bank		BLZ	Kontonummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
H. Einwilligung/Erklärung				
Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Wesentliche Änderungen werde ich umgehend mitteilen. Ich bin mir bewusst, dass Fehlleistungen, die durch das Unterlassen einer Änderungsanzeige verursacht worden sind, zurückgefordert werden können. Ich bin damit einverstanden, dass die Krankenkasse auch auf Unterlagen zur Einkommenssituation, die bei der Alterskasse und Berufsgenossenschaft vorhanden sind, zurückgreift. Sollten Zuzahlungen über die persönliche Zuzahlungsgrenze erfolgt sein, erkläre ich mich damit einverstanden, dass Ansprüche auf Rückzahlung mit bestehenden Forderungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung verrechnet werden dürfen.				
Datum <input type="text"/>		Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters <input type="text"/>		

Um Sie umfassend beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen.