

# Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen



1. Persönliche Angaben	Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr										
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">Name _____</div> <div style="width: 30%;">Vorname _____</div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> </div>											Versichertennummer  Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Straße und Hausnummer _____  Postleitzahl und Wohnort _____											

**Bitte kreuzen Sie an, welche Einnahmearten in Ihrem Familienverbund vorliegen und legen Sie entsprechende Nachweise als Kopie bei:**

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind alle **Bruttoeinnahmen**, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann.

- Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder Bezug von Arbeitslosengeld II
  - ganzjähriger Bezug (Angaben zu den jährlichen Bruttoeinnahmen unter 3. (\*\*)) nicht erforderlich)
- Lohnersatzleistungen (z.B. Arbeitslosen-, Kranken- und Mutterschaftsgeld, Verletztengeld)
- Renten und Pensionen aus der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung (z.B. Hinterbliebenen-, Erwerbsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeits-, Unfallrenten)
- Betriebsrenten; Renten aus privater Lebensversicherung, Versorgungs- und Zusatzvers.-kassen
- Lohn und Gehalt, inkl. Einmalzahlungen wie Weihnachts- und Urlaubsgeld sowie Prämien und Sachbezüge, auch aus geringfügiger Beschäftigung, Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit
- Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung und Zinsen aus Kapitalvermögen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

<b>2. Im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige</b> Ehe-/Lebenspartner werden auch berücksichtigt, wenn sie dauerhaft in Pflegeeinrichtungen leben. Kinder werden berücksichtigt, wenn sie unter 18 Jahre alt oder familienversichert sind.					
Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	jährliche Bruttoeinnahmen in EUR (**)	gesetzliche Zuzahlungen in EUR	chron. Erkrankung
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der AOK PLUS mitteilen muss. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.

