

Bitte senden an:

Absender:

Ihr Zeichen:

Antrag auf Befreiung von der Zahlung des Eigenanteils an den Kosten für Zahnersatz

Mitglied

KVNR

Ich beantrage die Übernahme meines Eigenanteils. Der Antrag bezieht sich auf die Versorgung mit Zahnersatz/Zahnkronen für

☐ Mitglied selbst

☐ familienversicherte(n) Angehörige(n)/Lebenspartner(in)

Name, Vorname der/des Angehörigen/Lebenspartner(in)

gemäß Behandlungsplan vom

Datum

von

Name behandelnde(r) Zahnarzt/-ärztin

Im Falle einer Erstattung bitte ich um Überweisung auf das Konto:

IBAN

BIC

Kontoinhabers (falls nicht mit dem/der Versicherten identisch)

Geldinstitut

Die Erhebung der persönlichen Daten (Sozialdaten) ist aufgrund der §§ 55 Abs. 1-3 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) in Verbindung mit § 60 Abs. 1 SGB I und § 99 SGB X erforderlich.

1. Ich beziehe ... (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz
- ☐ ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge
- ☐ eine Grundsicherungsrente
- ☐ das Arbeitslosengeld II
- ☐ eine Ausbildungsförderung nach dem BAFÖG bzw. zur Arbeitsförderung (SGB III)
- ☐ Ich lebe in einem Alten-/Pflegeheim oder einer ähnlichen Einrichtung und die Kosten der Unterbringung trägt die Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge

**Bitte
Nachweise
beifügen!**

Wenn Sie eine dieser Voraussetzungen erfüllen - weiter mit Punkt 4.

2. Mein Familienstand ...

- ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet
- ☐ Lebenspartner nach dem Lebenspartnergesetz

3. Einnahmen zum Lebensunterhalt ...

Hierzu gehören alle Bruttoeinnahmen, auch Einmalzahlungen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann.

Angaben zum Lebensunterhalt:

Tragen Sie bitte auch die monatlichen **Bruttoeinnahmen** aller im Haushalt lebenden Angehörigen (Ehepartner, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz; Kinder, die familienversichert sind, Kinder, die *nicht* familienversichert sind, nur bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ein.

Die Bruttoeinnahmen **betragen im Monat v o r Einreichung** des Heil- und Kostenplans für die zahnprothetische Versorgung bei der DAK-Gesundheit, oder **bei nachträglicher Beantragung in Verbindung mit der Eigenanteilsrechnung der Monat vor Eingliederung des Zahnersatzes:**

für den Monat	Versicherte/r	Ehegatte/Lebenspartner	Kind	Kind****
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Bruttoeinnahmen	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Rente/Pension*				
aus der gesetzlichen Rentenversicherung	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
aus der gesetzlichen Unfallversicherung	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
aus einer privaten Lebensversicherung	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
von ausl. Rentenversicherungsträgern	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Versorgungsbezug/Ruhegehalt/Betriebsrente/Vorruhestandsgeld	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Sonderzahlung	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Leistungen der Bundesagentur für Arbeit Art	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Arbeitsentgelt				
Lohn/Gehalt	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Geringsfügige Beschäftigung (450,00 € Job)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Jährliche Einmalzahlungen (z. B. Weihnachts-, Urlaubsgeld, Prämien) zu je 1/12	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Zinsen aus Kapitalvermögen (auch soweit steuerfrei)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Miet-/Pachteinnahmen	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Sachbezüge Art (z. B. freie Kost und Wohnung)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige Einkünfte Art z. B. **	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Ich zahle Unterhaltsleistungen***	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Ich erhalte Unterhaltsleistungen***	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

* **Zu den Bruttoeinnahmen bei Renten zählen nicht:**

Grundrenten, die nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des BVG gezahlt werden, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG.

** Hilfe zum Lebensunterhalt, wie Sozialgeld/Sozialhilfe, Grundsicherung, Kriegsopferfürsorge, Elterngeld, Gründungszuschuss für Existenzgründer, Übergangsleistungen nach der Berufskrankheiten-Verordnung, einmalige Einnahmen, Entgeltersatzleistungen (z. B. Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld) oder Zuwendungen Dritter.

*** Unterhaltszahlungen an getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten sowie an Kinder (diese Leistungen können von den Bruttoeinnahmen abgezogen werden).

**** Bei weiteren Kindern bitte Einnahmen gesondert angeben.

4. Ich habe sämtliche Nachweise beigelegt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Diese können jederzeit nachgeprüft werden. Sollten sich meine Einkünfte und/oder die meiner Familienangehörigen ändern, werde ich der DAK-Gesundheit unverzüglich informieren. Mir ist bekannt, das zu Unrecht bezogene Leistungen an die DAK-Gesundheit zurückgezahlt werden müssen.

Datum / Unterschrift