

ANTRAG

AUF DEN DOPPELTEN FESTZUSCHUSS
FÜR ZAHNERSATZ BEI UNZUMUTBARER BELASTUNG



ANGABEN ZUR PERSON

MITGLIED

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:

Telefon:

1. ICH ODER MEINE ANGEHÖRIGEN ERHALTEN FOLGENDE LEISTUNGEN:

- Arbeitslosengeld II
Bei Angehörigen bitte den Bescheid beifügen.
- Hilfe zum Lebensunterhalt
nach dem Bundessozialhilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsofopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz.
Bitte den Bescheid beifügen.
- Ausbildungsförderung
nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder im Rahmen der Anordnungen der Bundesanstalt für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter.
Bitte den Bescheid beifügen.
- Heimunterbringung
Ich bin in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht. Die Kosten der Unterbringung werden von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsofopferfürsorge getragen.
Bitte den Bescheid beifügen.

Wenn mindestens eine Möglichkeit zutrifft, ist die Bearbeitung der weiteren Fragen unter Punkt 2. nicht erforderlich.

2. ICH HABE FOLGENDES EINKOMMEN:

- Einkommen aus nicht selbständiger Arbeit
Bitte die letzten drei Gehaltsabrechnungen beifügen. monatlich: _____ Euro
- Einkommen aus selbständiger Arbeit
Bitte den aktuellen Steuerbescheid beifügen. monatlich: _____ Euro
- Arbeitslosengeld I
Bitte den aktuellen Bescheid beifügen. monatlich: _____ Euro
- Rente/Pension
Bitte den aktuellen Bescheid beifügen. monatlich: _____ Euro
- sonstige Einkommen
Z. B. Krankengeld, Unterhaltsleistungen, bitte Nachweis beifügen. monatlich: _____ Euro
- Einkünfte aus Kapitalerträgen
Bitte Nachweis beifügen. monatlich: _____ Euro

ANTRAG

AUF DEN DOPPELTEN FESTZUSCHUSS
FÜR ZAHNERSATZ BEI UNZUMUTBARER BELASTUNG



FAMILIENSTAND:

- ledig
- verheiratet
- getrennt lebend
- geschieden
- eingetragene Lebensgemeinschaft

IN MEINEM HAUSHALT LEBEN FOLGENDE ANGEHÖRIGE:

| | | | |
|------------------------------|----------|------------------------------|----------|
| Name: | Vorname: | Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | | Geburtsdatum: | |
| Verwandschaftsverhältnis: | | Verwandschaftsverhältnis: | |
| monatliches Bruttoeinkommen: | | monatliches Bruttoeinkommen: | |
| Einkommensart: | | Einkommensart: | |
| <hr/> | | | |
| Name: | Vorname: | Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | | Geburtsdatum: | |
| Verwandschaftsverhältnis: | | Verwandschaftsverhältnis: | |
| monatliches Bruttoeinkommen: | | monatliches Bruttoeinkommen: | |
| Einkommensart: | | Einkommensart: | |

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten
(ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Wird von der Krankenkasse ausgefüllt!

Brutto monatlich: _____ Voraussetzung erfüllt: Ja Nein