



Antrag auf doppelten Festzuschuss für Zahnersatz bei unzumutbarer Belastung

Name, Vorname der Versicherten _____ Telefonnummer _____

Versicherten-Nr. _____ Geburtsdatum _____ Vollständige Anschrift _____

Ich erhalte folgende Leistungen:

Hilfe zum Lebensunterhalt:
nach dem Bundessozialhilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz

Arbeitslosengeld II

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.

Heimunterbringung:
Ich bin in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht. Die Kosten der Unterbringung werden von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen.

Einkommen:
Ich verfüge lediglich über ein geringes Einkommen.

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt betragen
Arbeitseinkommen/Ausbildungsvergütung monatlich: _____ Euro
Rente/Pension monatlich: _____ Euro
Sonstiges Einkommen monatlich: _____ Euro
Monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt monatlich: _____ Euro

Familienstand:
Ledig Verheiratet Getrennt lebend Geschieden Lebensgemeinschaft

In meinem Haushalt leben folgende Angehörige:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis	Monatliches Bruttoeinkommen	Bemerkungen

Information zur Datenverarbeitung
Die Verarbeitung einschließlich der Erhebung von Daten ist nur zulässig, soweit sie zur Wahrnehmung unserer gesetzlichen Aufgaben erfolgt (§§ 67a und 67b Sozialgesetzbuch X). Neben den zur Anspruchsprüfung zu erhebenden Daten, bitten wir Sie, uns erweiterte Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen, um eine schnelle und unbürokratische Kommunikation zu ermöglichen. Wir informieren darüber, dass die Angabe der Daten freiwillig erfolgt. Zur Verarbeitung der erweiterten Kommunikationsdaten (Telefon-Nr., Email-Adresse) können Sie durch Angabe der Daten Ihre Einwilligung erteilen. Sie ist in jedem Fall unabhängig von der Anspruchsprüfung und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Lediglich die für die Anspruchsprüfung notwendigen Daten sind erforderlich, um einen Anspruch feststellen zu können. Alle Daten werden nur für die Dauer der gültigen Aufbewahrungsfristen verarbeitet und anschließend gelöscht. Wir bitten Sie, uns die Richtigkeit der Angaben und Ihre Einwilligung durch Unterschrift zu bestätigen.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Versicherten (ggf. des gesetzlichen Vertreters) _____

Die entsprechenden Einkommensnachweise sind in Kopie beigefügt.

Wird von der Krankenkasse ausgefüllt!

Voraussetzungen erfüllt: Ja Nein

geprüft von: _____ am: _____