

Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen für das Jahr



Persönliche Angaben:

Name _____ Vorname _____ Vers.-Nr. _____

Anschrift _____ Tel.-Nr. _____

Familienstand: ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft
 getrennt lebend geschieden verwitwet

Bankverbindung (IBAN, BIC) _____

Einkommensverhältnisse:

Ich, mein nachstehend aufgeführter Ehegatte/Lebenspartner¹ und die aufgeführten familienversicherten Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt.

	Antragssteller	Ehegatte/Lebenspartner	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Name					
Vorname					
Geb.-Datum					
Krankenkasse (Name und Sitz)					

Einkunftsarten:

Antragssteller

Ehegatte

Kind/Kinder

	Antragssteller	Ehegatte	Kind/Kinder
Lohn/Gehalt/Entgeltersatzleistung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Renten aus einer gesetzlichen oder privaten Versicherung/Betriebsrenten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitslosengeld I/II Unterhaltsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unterhalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zinseinkünfte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sonstige Einkünfte (z.B. Erziehungsgeld, BAFöG, Grundrenten für Beschädigte nach dem BVG, Pflegezulage, Blindenunterstützung, Sozialhilfe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesamteinnahmen:			

Bitte Kopien aller Einkommensnachweise sowie Originalzuzahlungsquittungen beifügen!

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der BKK Miele mitteilen muss. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der o. g. Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Information zur Datenverarbeitung

Die Erhebung der Daten beruht auf § 62 SGB V i.V.m. § 60 Abs. 1 SGB I und § 88 SGB X und ist zur Entscheidung über die Befreiung von Zuzahlungen erforderlich. 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.

 (Unterschrift, Ort, Datum)