

zurück an: BKK Stadt Augsburg, c/o ARGE GSV Plus GmbH, Postfach 70 01 06, 22001 Hamburg

Antrag auf teilweise Erstattung Befreiungsausweis

Name, Vorname des Versicherten

Geburtstag/Vers.-Nr.

Familienstand

Straße, PLZ Wohnort

Telefon-Nr. (freiw. Angabe)

- Für das abgelaufene Kalenderjahr _____ den Teilzeitraum vom _____ bis _____, beantrage ich einen Befreiungsausweis für den Rest des Kalenderjahres ja nein
- Beantragt wird die Belastungsgrenze von 1 %, weil wegen einer schwerwiegenden chronischen Krankheit das Mitglied der Angehörige _____ seit _____ wegen _____ in Dauerbehandlung ist bei _____, Pflegegrad 3 – 5 liegt vor nein ja
Grad der Behinderung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit mind. 60 % nein ja, Ausweis/Bescheid liegt bei.
- Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe nein ja, ich bin nach § 264 Abs. 2 SGB V versichert ja, ich erhalte Arbeitslosengeld II Leistungen der Grundsicherung Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung, getragen von einem Träger von Arbeitslosengeld II oder der Kriegsopferfürsorge
Hilfe zum Lebensunterhalt: nach dem SGB XII (früher Bundessozialhilfegesetz) im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder anderen Gesetzen

Bitte entsprechende Nachweise (z. B. Bescheid des Sozialhilfeträgers) beilegen
(Angaben zu den Bruttoeinnahmen sind nicht erforderlich).

4. Angaben zu Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen

Im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige (u. a. Ehegatte/familienversicherte Kinder):

	Mitglied	Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Gesamtbetrag
Name						
Vorname						
Geb.-Tag						
Bruttoeinnahmen* zum Lebensunterhalt kalenderjährlich** in € / Art der Einnahmen						
als Nachweise liegen bei						
wie versichert bei (Name, Sitz der Krankenkasse)						
Art der Zuzahlungen	in € für Mitglied bzw. Angehörige					
Arznei-/Verbandmittel						
Heil-/Hilfsmittel						
Sonstige (Art)						
(Art)						
					Summe:	
Bankverbindung	IBAN:		BIC:		Geldinstitut:	
Als Nachweise sind beigefügt	___ Quittungen des Arztes		___ Quittungen der Apotheke		___ Quittungen abg. Stelle/Behandler	
					___ Quittungshefte	

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und habe entsprechende Einkommens-/Zuzahlungsnachweise beigefügt:

Datum, Unterschrift des Versicherten

* Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt: siehe Anmerkungen auf der Vorderseite.

** Bitte die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für das Kalenderjahr angeben, in dem die Zuzahlungen entstanden sind; ggf. die Einnahmen gewissenhaft schätzen.