

Die Innovationskasse

Antrag auf Befreiung von den Zuzahlungen für das Jahr _____

1. Persönliche Angaben

Name		Vorname		Geburtsdatum	KV-Nummer
Straße		Haus-Nr	PLZ	Ort	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
Bei Fragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ zu erreichen.					
IBAN		BIC		Geldinstitut	

Bitte Zutreffendes ankreuzen und Nachweise beifügen:

- Beziehen Sie Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld nach dem SGB II? Ja Nein
- Beziehen Sie Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII oder im Rahmen der Kriegsofopferfürsorge nach dem BVG oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des BVG? Ja Nein
- Beziehen Sie Leistungen nach dem Gesetz der bedarfsorientierten Grundsicherung nach dem SGB XII? Ja Nein
- Werden die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsofopferfürsorge nach dem BVG getragen? Ja Nein
- Liegt bei Ihnen oder einem im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen eine schwerwiegende chronische Erkrankung im Sinne des § 62 SGB V oder der Pflegegrad 3, 4 oder 5 (bis zum 31.12.2016 Pflegestufe 2 oder 3) vor? Ja Nein

Bitte beachten Sie: Die Bescheinigung zum Nachweis der chronischen Erkrankung erhalten Sie direkt von Ihrem behandelnden Arzt. Bei Teilnahme am DMP-Programm oder Vorliegen der o. g. Pflegegrade bzw. Pflegestufen ist kein Nachweis erforderlich.

2. Berücksichtigungsfähige Personen

Im gemeinsamen Haushalt leben folgende Angehörige:

	Name	Vorname	Krankenkasse	Geburtsdatum
Versicherter				
Ehegatte				
Kind*				
Kind*				
Kind*				

*Kinder sind bis zum Kalenderjahr, in dem sie 18 Jahre alt werden, generell zu berücksichtigen, ab dem folgenden Kalenderjahr nur dann, wenn sie nach § 10 SGB V familienversichert sind bzw. max. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres bei ALG-II Bezug.

Durch die Innovationskasse auszufüllen:

Folgende Daten wurden abgeglichen/korrigiert und in der EDV erfasst:

Adresse <input type="checkbox"/>	Telefonnummer <input type="checkbox"/>	Forderungen <input type="checkbox"/>
Bankverbindung <input type="checkbox"/>	eMail-Adresse <input type="checkbox"/>	Familienstand <input type="checkbox"/>
Zum Antragszeitpunkt bestand eine MG/Vers <input type="checkbox"/>		HdZ/Datum:

3. Einnahmen zum Lebensunterhalt

KV-Nr. _____

Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt eines Versicherten gehören alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann. Als Nachweis der Einnahmen fügen Sie bitte z. B. die Verdienstbescheinigung, den Rentenbescheid, den Bescheid der Agentur für Arbeit und für selbständig Tätige die aktuelle Gewinn- und Verlustrechnung bei.

Einkunftsart	Bruttoeinnahmen bitte Zutreffendes ankreuzen	Versicherte Euro (Monat)	Ehegatte Euro (Monat)	Kinder		
				Vorname Euro (Monat)	Vorname Euro (Monat)	Vorname Euro (Monat)
Arbeitsentgelt ■ Lohn/ Gehalt, auch aus geringfügiger Beschäftigung ■ Einmalzahlungen (z. B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld) ■ Abfindungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Arbeitseinkommen ■ aus selbständiger Tätigkeit ■ aus Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Renten/ Pensionen/ u. a. ■ von der Deutschen Rentenversicherung ■ aus der Unfallversicherung ■ aus der privaten Lebensversicherung ■ aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen ■ von ausländischen Rentenversicherungen ■ Betriebsrente ■ Ruhegehalt, Pension ■ sonstige rentenähnliche Einnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Erträge ■ Pacht-/ Mieteinnahmen ■ Zinseinnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Entgelersatzleistungen ■ Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld ■ Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld etc. ■ Mutterschaftsgeld ■ Elterngeld ■ andere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Sonstiges ■ Sachbezüge ■ Unterhalt, Unterhaltsleistungen ■ sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Gesamt:						

Bei monatlich schwankendem Einkommen bitte formlos auf einer Anlage das Einkommen in den einzelnen Kalendermonaten des Jahres auflisten.

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der Innovationskasse mitteilen muss! Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt bzw. nicht gezahlte Zuzahlungen nachentrichtet werden.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift des/der Versicherten _____

Die Datenerhebung erfolgt auf der Grundlage des § 284 SGB V i. V. m. § 99 SGB X (Auskunftspflicht) i. V. m. § 60 SGB I und ist für die Entscheidung über den Antrag auf Befreiung von den Zuzahlungen nach § 61 SGB V erforderlich. Ihre Daten unterliegen dem Sozialdatenschutz und werden entsprechend den Vorschriften des SGB X sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) geschützt und nur für diesen bestimmten Zweck verarbeitet.