

## Die Innovationskasse

### Antrag auf Gewährung eines doppelten Festzuschusses für Zahnersatz

#### 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
<b>Bei Fragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ zu erreichen.</b>			
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 Kriegsopferfürsorge 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 Kriegsopferfürsorge nach dem BVG getragen?  Ja  Nein
- Beziehen Sie Ausbildungsförderung nach dem SGB III oder nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)?  Ja  Nein

#### **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.

### 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, selbständig Tätige den letzten Einkommenssteuerbescheid, Bescheid der Agentur für Arbeit bei.**

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

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.

**Füllt die Krankenkasse aus**  
Einkommensgrenze

Doppelter Festzuschuss

Versicherten benachrichtigt

EDV \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ EUR

JA  Nein

