

Checkliste für die Antragstellung

Für die Antragstellung auf Befreiung von Zuzahlungen haben wir eine kurze Checkliste zusammengestellt, in der alle wichtigen Punkte berücksichtigt werden:

1. Füllen Sie den Antrag vollständig aus.
2. Bitte reichen Sie nur Zuzahlungsbelege ein, aus denen folgendes hervorgeht:
 - der Name der Versicherten Person
 - die Bezeichnung der Leistung (z. B. Arzneimittel, Heilmittel etc.)
 - der Zuzahlungsbetrag
 - das Datum der Abgabe und die abgebende Stelle (z. B. Apotheke)
3. Kosten für nicht verschreibungspflichtige Medikamente, die Sie selbst bezahlt haben, gehören nicht zu den Zuzahlungen nach § 62 SGB V und können daher leider nicht erstattet werden.
4. Bitte reichen Sie uns für die Ermittlung Ihres Bruttoeinkommens bzw. Ihrer individuellen Belastungsgrenze die Einkommensnachweise des gesamten Kalenderjahres ein; insbesondere bei wechselnden Verhältnissen während des Kalenderjahres:
 - Wenn Sie Lohn- oder Gehaltsempfänger sind, reichen Sie bitte Kopien Ihrer letzten drei Lohn- bzw. Gehaltsabrechnungen ein bzw. am Jahresende die Entgeltbescheinigung von Ihrem Arbeitgeber einschließlich Einmalzahlungen.
 - Wenn Sie Rentenbezieher sind, reichen Sie bitte Kopien Ihrer Rentenbescheide bzw. der Bescheide über Versorgungsbezüge der Zusatzversorgungskassen ein, ggf. einschließlich der Rückseite (da hier der Bruttobetrag zu finden ist).
 - Bei Zinseinnahmen benötigen wir in Kopie eine Aufstellung Ihrer Bank(en) über Ihre Zinseinnahmen.
 - Bei Pacht- und Mieteinnahmen fügen Sie bitte eine Kopie des Pacht- oder Mietvertrages bei.
 - Wenn Sie Leistungen vom Sozialamt erhalten, fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Sozialhilfebescheides bei.
 - Für Heimbewohner ist eine Kopie des Bescheides einzureichen, aus dem hervorgeht, dass sich der Sozialhilfeträger an den Kosten der Heimunterbringung beteiligt.
5. Geben Sie Ihre Bankverbindung für eventuelle Erstattungen an.

Auf dem beiliegenden Informationsschreiben haben wir für Sie die wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen zum Thema Befreiung/Erstattung von Zuzahlungen zusammengefasst.

Hinweise zu Befreiungen von Zuzahlungen

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben unter anderem Zuzahlungen für ärztlich verordnete Arznei-, Heil-, Verband-, und Hilfsmittel sowie Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung, Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege, stationären Vorsorgekuren sowie ambulanten und stationären Rehabilitationskuren - bis zu einer bestimmten Belastungsgrenze - zu leisten.

Bei Fahrkosten besteht die Zuzahlungspflicht - unabhängig von einer Altersgrenze - für alle Versicherten (Achtung: Fahrten zur ambulanten Behandlung bedürfen im Voraus einer gesonderten Genehmigung).

Die Belastungsgrenze ist individuell zu berechnen. Sie beträgt grds. 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des gesamten Familienhaushalts. Dazu zählen hier die im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten bzw. Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz) sowie deren gesetzlich familienversicherte Kinder.

Die Belastungsgrenze ermäßigt sich auf 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des gesamten berücksichtigungsfähigen Familienhaushalts, wenn sich in diesem ein chronisch Kranker befindet, der wegen einer schwerwiegenden Erkrankung in Dauerbehandlung ist.

Bei der Ermittlung der Bruttoeinnahmen sind festgelegte Abschläge für einen im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten bzw. Lebenspartner sowie für deren gesetzlich familienversicherte Kinder zu berücksichtigen.

Für Versicherte,

- die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder in Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder
- nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes, oder die Leistungen nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit erhalten, oder
- bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden,

sind die Familien-Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt - ohne weitere Prüfung der tatsächlichen Gegebenheiten - die Regelsätze des Haushaltsvorstandes nach der Verordnung zur Durchführung des § 22 des Bundessozialhilfegesetzes (Regelsatzverordnung) des jeweiligen Bundeslandes heranzuziehen. Sofern die Eckregelsätze als Bruttoeinnahmen anzusetzen sind, dürfen keine Abschläge für Haushaltsangehörige berücksichtigt werden.

Überschreiten Sie - nach Ihrer Einschätzung - im Laufe des Kalenderjahres die Belastungsgrenze, bestehen folgende Möglichkeiten:

- 1) Sie können für das „Restjahr“ einen Befreiungsausweis bei uns beantragen. Dazu müssen Sie neben Nachweisen über das voraussichtliche Jahresbruttoeinkommen von Ihnen bzw. Ihrem Familienhaushalt auch Originalbelege über die geleisteten Zuzahlungen einreichen. Nach Ablauf des Kalenderjahres behalten wir uns vor, Nachweise über das tatsächliche Jahreseinkommen anzufordern (z.B. Kopie der Abrechnungsbescheinigung Arbeitgeber, der Lohnsteuerkarte oder des Steuerbescheides). Es kann dann zu einer Nachforderung kommen, wenn das tatsächliche Einkommen über dem angegebenen „voraussichtlichen“ Jahreseinkommen liegt.
- 2) Sie bzw. Ihr Familienhaushalt leisten alle Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr, sammeln die Quittungen und beantragen nach Ablauf des Kalenderjahres die Erstattung der Zuzahlungsbeträge, die definitiv über der Belastungsgrenze liegen. Diese Möglichkeit ist grundsätzlich dann in Betracht zu ziehen, wenn für die Ermittlung des voraussichtlichen Jahreseinkommens keine regelmäßigen festen Monatseinkünfte zugrunde gelegt werden können.

Wir können nur solche Zuzahlungsbelege (Quittungen) akzeptieren, aus denen der Vor- und Nachname, die Art der Leistung (z.B. Arzneimittel/Heilmittel), der Zuzahlungsbetrag, das Datum der Abgabe und die abgebende Stelle (z.B. Stempel der Apotheke) hervorgehen

Antrag auf Erstattung / Befreiung von Zuzahlungen für das Kalenderjahr _____

A. Angaben zum Versicherten

Name, Vorname, KVNR.:

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Ich bin ledig verheiratet geschieden getrennt lebend verwitwet

B. Familienangehörige

Im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige (Ehegatten/Kinder)

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Ehegatte / Lebenspartner*			
Kind 1			
Kind 2			
Kind 3			

* Lebenspartner im Sinne des „Lebenspartnerschaftsgesetzes“

C. Bankverbindung

Bitte geben Sie die Bankverbindung an, auf die ggf. eine Erstattung vorgenommen werden soll.

Name und Sitz der Bank

BLZ

Kontonummer

Falls abweichend vom Antragsteller:

Name, Vorname des Kontoinhabers

Unterschrift des Kontoinhabers

D. Zusätzliche Angaben

1. Chronische Erkrankung

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin chronisch krank | <input type="checkbox"/> Mein Ehegatte ist chronisch krank | <input type="checkbox"/> Es liegt keine chronische Erkrankung vor |
| <input type="checkbox"/> Ich bin DMP-Teilnehmer/in | <input type="checkbox"/> Mein Ehegatte ist DMP-Teilnehmer/in | <input type="checkbox"/> Keine Teilnahme |
| <input type="checkbox"/> Ich bin schwerpflegebedürftig mit mindestens Pflegestufe II | <input type="checkbox"/> Es liegt keine Pflegestufe vor | |

Wichtig: Bei uns versicherte DMP-Teilnehmer/innen oder Schwerpflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe II werden ohne ärztliche Bescheinigung als chronisch krank anerkannt. Ansonsten ist eine chronische Erkrankung jedes zweite Jahr durch Ihren Arzt festzustellen und zu bescheinigen.

E. Erklärung zu den Familien-Einnahmen

Anzugeben sind alle Bruttoeinnahmen des genannten Kalenderjahres, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann. Bei einem Befreiungsantrag im laufenden Kalenderjahr bitte auch die voraussichtlichen Einnahmen berücksichtigen. Kein Eintrag bedeutet keine derartigen Einnahmen.
Bei Platzmangel bitte Erläuterungen auf einem neutralen Zusatzbogen oder weitere Vordrucke anfordern.

Zu meinen / unseren Bruttoeinnahmen gehören (Belege sind beigefügt)		Die Einnahmen werden bezogen vom / von :					
Einkunftsart		Höhe der Einnahmen in EUR	Versicherter	Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen							
Lohn / Gehalt (incl. Sonderzahlung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geringfügige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renten / Pensionen /u.a.							
Aus der gesetzlichen Rentenversicherung z.B. Erwerbsminderungs-, Altersrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus der gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus der privaten Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pension/ Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entgeltersatzleistungen							
Krankengeld und/oder Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosengeld/-hilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erträge							
Pacht- und/oder Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zinsen aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges							
Unterhalt, Unterhaltleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmalige Einnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Personengruppen

Trifft eine der nachfolgenden Angaben auf Sie zu, benötigen wir zur Bearbeitung Ihres Antrags eine Kopie Ihres **aktuellen Bewilligungsbescheids**.

- Ich bin in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht. Die Kosten der Unterbringung werden von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen.
- Ich erhalte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen.
- Ich erhalte Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII.
- Ich erhalte Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Sozialgesetzbuch II

Nur zu beantworten, falls sich der Antrag auf eine Befreiung im laufenden Kalenderjahr bezieht:

- Ich erwarte für das genannte Kalenderjahr keine Einkommensänderung
- Ich erwarte für das genannte Kalenderjahr folgende Einkommensänderungen:

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind, und ich die Krankenkasse bei Veränderungen zu diesen Angaben sofort unterrichten werde. Zu Unrecht übernommene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Kein Eintrag zu den Einnahmen bedeutet keine derartigen Einnahmen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Telefonnr. tagsüber

Datenschutzhinweis (§87 a Abs. 3 SGB X):

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) Teil I in Verbindung mit § 99 SGB Teil X erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung der vollständigen bzw. teilweisen Befreiung von Zuzahlungen erforderlich (§§ 61 und 62 SGB V)

**Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung des Vorliegens einer
chronischen Erkrankung**

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

Mein Patient _____, geb. am _____, KV-Nr.: _____

ist seit dem _____ wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung.

Hinweis: Eine Dauerbehandlung liegt vor, wenn der Versicherte vor Ausstellen dieser Bescheinigung mindestens ein Jahr lang wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war.

A Dauerdiagnose(n):

B Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der unter A genannten Krankheit erforderlich (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), da ohne Behandlung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu vermeiden.

Ja Nein

C Ende der Dauerbehandlung:

nicht absehbar

voraussichtlich: _____

Datum

Unterschrift, Vertragsarztstempel