

Antrag auf  Befreiung und/oder  Erstattung von Zuzahlungen für das Jahr \_\_\_\_\_  
 Bitte vollständig ausfüllen! Nichtzutreffendes bitte streichen

➊ Personalien der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen

PLZ _____	Mitglied	Ehe- oder Lebenspartner*	Kind	Kind	Kind	Kind
Name Vorname						
Geburtsdatum						
Vers.-Nr.						
Krankenkasse	TBK					

\*Lebenspartner i. S. des "Lebenspartnerschaftsgesetzes"

➋ Besondere Personengruppen - Bitte entsprechende Nachweise beilegen!

<input type="checkbox"/>	Ich bin / ein Familienmitglied ist in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht. Die Kosten der Unterbringung werden von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsfürsorge getragen.
<input type="checkbox"/>	Ich erhalte / ein Familienmitglied erhält Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII (alt Bundessozialhilfegesetz).
<input type="checkbox"/>	Ich erhalte / ein Familienmitglied erhält Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII.
<input type="checkbox"/>	Ich erhalte / ein Familienmitglied erhält Leistungen zur Grundsicherung des Lebensunterhalts nach dem Sozialgesetzbuch II (Arbeitslosengeld II bzw. monatliche Leistungen für Unterkunft und Heizung).

➌ Einnahmen zum Lebensunterhalt

Bruttoeinkommen <sup>1)</sup>					
Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente)					
Unterhalt <sup>2)</sup>					
Miet- und Pachteinahmen					
Kapitalerträge (Zinsen, Dividenden usw.)					

- 1) Zum Bruttoeinkommen gehören u. a. Lohn und Gehalt einschließlich Sonderzahlungen sowie Sachbezüge, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Renten, Pensionen und Renten aus einer gesetzlichen oder privaten Versicherung, Arbeitslosengeld, Kranken- und Übergangsgeld sowie Elterngeld.  
 Nicht zu den Jahres-Bruttoeinnahmen gehören z.B. Grundrenten für Beschädigte nach dem BVG, Pflegezulage, BAföG, Blindenunterstützung, Kindergeld, Wohngeld, Pflegegeld SGB XI.
- 2) Unterhaltszahlungen an getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten sowie an Kinder, die nicht im Haushalt des Versicherten leben, gehören zu deren Bruttoeinnahmen und können von den Bruttoeinnahmen des Zahlungspflichtigen abgezogen werden.  
**Bitte entsprechende Nachweise beilegen**

➍ Belastungsgrenze

<input type="checkbox"/> 2 %	<input type="checkbox"/> 1 %	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 zzgl. ärztliches Attest	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
Liegt bei Ihnen eine Schwerbehinderung von mindestens 60 % vor?				
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie Behindertenausweis mit einreichen)		
Erhalten Sie eine Rente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 %?				
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie Rentenbescheid mit einreichen)		

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und habe die entsprechenden Nachweise und Belege beigelegt.

➎ Bankverbindung

Kreditinstitut (Name) \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_  
 (8 oder 11-stellig)

IBAN: \_\_\_\_\_  
 (max. 31-stellig)

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Telefon Nr. (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_ Unterschrift

**Jede Veränderung in den Einkommensverhältnissen ist unverzüglich der TBK zu melden!**