

Antrag auf Gewährung des doppelten Festzuschusses für Zahnersatz

Name, Vorname und Geburtstag/Versicherungs-Nr. des Mitglieds

Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe

Ich erhalte mein Angehöriger _____ erhält
Name, Vorname und Geburtstag/Vers.-Nr.

- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz im Rahmen der Kriegsoferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz
- Arbeitslosengeld II (SGB II)
- Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz Arbeitsförderungsgesetz (SGB III)
- Unterbringung in einem Heim oder in einer ähnlichen Einrichtung, getragen von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsoferfürsorge

Bitte entsprechende Nachweise (z. B. Bescheid der Sozialhilfeverwaltung) beilegen.

Wenn mindestens eine dieser Möglichkeiten beim Mitglied zutrifft, ist die Beantwortung der weiteren Fragen nicht erforderlich.

Angaben zum gemeinsamen Familienhaushalt (u. a. Ehegatte/Kinder)

Name, Vorname	Geburts-tag	Wie verwandt?	Wie versichert?	Für die Krankenkasse Befreit:
a)		Ehegatte		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Monatliche Einnahmen zum Lebensunterhalt (brutto)	Mitglied	Ehegatte		Kinder		
		a)	b)	c)	d)	e)
Arbeitseinkommen aus nichtselbständiger Arbeit (auch wenn nicht versicherungspflichtig)						
Renten (aus gesetzl. oder privater Versicherung), Betriebsrenten und Pensionen (bitte Art und Bruttobetrag angeben)						
Kapitalerträge (Zinsen, Dividenden usw.), Miet- und Pachteinnahmen						
Einkünfte aus selbständiger Arbeit <input type="checkbox"/> oder Gewerbebetrieb <input type="checkbox"/>						
sonstige Einkünfte ¹⁾ Bitte Art angeben:						
Eine Änderung der Einkommensverhältnisse ist in absehbarer Zeit zu erwarten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche/bei wem? Eine Änderung der Einkommensverhältnisse werde ich der Krankenkasse mitteilen.						

¹⁾ Sonstige Einkünfte: Alle Einnahmen, die zum Lebensunterhalt bestimmt sind, z.B. Kranken- und Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Hilfe zum Lebensunterhalt und ähnliches. Nicht zu den Einnahmen gehören z.B. Grundrenten für Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz, Kindergeld, Erziehungsgeld, BAföG, Leistungen der Pflegeversicherung usw. Unterhaltszahlungen an getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten sowie an Kinder, die nicht im Haushalt des Versicherten leben, gehören zu deren Bruttoeinnahmen; sie können von den Bruttoeinnahmen des Zahlungspflichtigen abgezogen werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und habe entsprechende Einkommensnachweise beigefügt.

Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der BKK_DürkoppAdler mitteilen muss. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der o.g. Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Als Anlagen sind beigefügt: _____

Tag	Telefon Nr. (freiwillige Angabe)	Unterschrift des Versicherten
Einkommensgrenze _____ €	Befreit bis _____ <input type="checkbox"/> Nicht befreit _____ <input type="checkbox"/>	

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Feststellung des doppelten Festzuschusses bei Zahnersatz nach § 55 SGB V Abs. 2 erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkk-da.de oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter datenschutz@bkk-da.de oder per Post BKK_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Stieghorster Str. 66, 33605 Bielefeld an.