Gut zu wissen: Wir verarbeiten Ihre Daten zur Leistungsgewährung nach § 62 SGB V. Die Daten werden für 6 Jahre gespeichert und anschließend wieder gelöscht.

BARMER

Absender

BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

Antrag auf Erstattung von Zuzahlungen für das Jahr

Familienstand bzw. Wohnsituation

Ich bin

☐ ledig ☐ getrennt / geschieden ☐ verheiratet / in eingetragener Lebenspartnerschaft
☐ Ehepartner/in oder eingetragene Lebenspartner/in lebt im Pflegeheim ☐ verwitwet

Familienangehörige

Die Zuzahlungsgrenze wird aus den Einnahmen aller Angehörigen Ihres Haushalts berechnet, unabhängig davon, wo sie versichert sind und ob sie in einem Pflegeheim leben. Dieser Wert wird um Freibeträge für Kinder und für Verheiratete bzw. eingetragene Lebenspartner/innen gemindert.

Angehörige sind:

- Verheiratete
- Eingetragene Lebenspartner/innen
- Kinder bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie 18 Jahre alt werden
- Kinder auch über das 18. Lebensjahr hinaus, wenn sie gesetzlich familienversichert sind
- Kinder bis zum 25. Geburtstag, wenn sie Bürgergeld bekommen und zur selben Bedarfsgemeinschaft gehören wie Sie

Leben im Jahr Angehörige bei Ihnen im Haushalt oder im Pflegeheim?

☐ Nein

☐ Ja. Folgende Angehörige leben bei mir im Haushalt oder im Pflegeheim:

Das Familienmitglied ist	Vorname Name	geboren am	Name und Ort der Krankenkasse
			BARMER
☐ mein/e Ehe-/Lebenspartner/in			
☐ mein Kind			
☐ mein Kind			

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

30451 V29 ed46a22f-989f-4ec1-a903-86c5cae1c7f0
B1-4-A111111111-30451-BA99999

Name Ihr Zeichen

Zuzahlungsgrenze: Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Die Zuzahlungsgrenze wird aus den jährlichen Einnahmen aller Angehörigen Ihres Haushalts berechnet, unabhängig davon, wo sie versichert sind und ob sie in einem Pflegeheim leben. Zudem ist das Brutto maßgebend (Rechtsgrundlage: § 62 Sozialgesetzbuch V).

Wer hat welche Einnahmen? Bitte Nachweise in Kopie beilegen. Ausnahme: Siehe Hinweis unter Renten.			
	Ich selbst	**Mein/e Ehepartner/in oder eingetragene/r Lebenspartner/in**	**Mein/e Kind/er**
Renten und Pensionen *Für diese drei Rentenarten liegen uns die Daten vor. Ein Nachweis ist nur für Angehörige, die woanders versichert sind, erforderlich.			
Altersrente * Bitte den aktuellsten Bescheid beilegen			
Erwerbsminderungsrente *			
Hinterbliebenenrente *			
Betriebsrente, Versorgungsbezüge oder Vorruhestandsgeld			
Pension			
Rente aus privater Lebensversicherung Bitte die Höhe der Rente und den Beginn der Auszahlung angeben			
Unfallrente Bitte den aktuellsten Bescheid und den ersten Bewilligungsbescheid mit Angaben zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) beifügen			
Sozialleistungen			
Bürgergeld oder Grundsicherung			
Sozialhilfe			
Hilfe zur Pflege bei Heimunterbringung			
Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen			
Lohn, Gehalt			
Einmalzahlungen z. B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien oder Abfindung			
Geringfügige Beschäftigung			
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit gemäß Steuerbescheid			
Entgeltersatzleistungen			
Arbeitslosengeld			
Krankengeld, Übergangsgeld oder Verletztengeld			
Kurzarbeiter- oder Insolvenzgeld			
Elterngeld, Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss			
Unterhaltsgeld			
Sonstiges			
Miet- oder Pachteinahmen			
Unterhalt			
Zinsen aus Kapitalvermögen			
sonstige Einnahmen			

30451 V29 ed46a22f-989f-4ec1-a903-86c5cae1c7f0

BARMER

Name

Ihr Zeichen

Chronisch krank

Damit Sie durch Zuzahlungen finanziell nicht unzumutbar belastet werden, müssen Sie pro Jahr nicht mehr als zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen Ihrer Familie zuzahlen. Bei einer schwerwiegend chronischen Erkrankung nur bis zu einem Prozent.

Sind Sie oder ein Familienangehöriger im gemeinsamen Haushalt schwerwiegend chronisch krank und deswegen seit mindestens einem Jahr in ärztlicher Behandlung?

☐ Nein.

☐ Ja. Eine der folgenden Aussagen trifft zu:

- ☐ Die Voraussetzungen wurden bereits in einem früheren Antrag nachgewiesen.
- ☐ Einer von uns nimmt am Besser-Leben-Programm der BARMER teil.
- ☐ Seit mindestens einem Jahr liegt eine Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegegrad 3, 4 oder 5 vor.
- ☐ Die ärztliche Bescheinigung Muster 55 über die Dauerbehandlung wegen einer chronischen Erkrankung ist beigelegt. - Das Muster 55 bekommen Sie ausschließlich bei Ihrem Arzt.

Zuzahlungen

Wenn Sie bereits Zuzahlungen z. B. für Arzneimittel oder Physiotherapie bezahlt haben, legen Sie die entsprechenden Nachweise einfach dem Antrag bei. Wichtig: Diese müssen Ihren Vornamen und Namen enthalten. Kleiner Tipp: In vielen Apotheken bekommen Sie eine Jahresaufstellung.

Zuzahlungen zu folgenden Leistungen werden angerechnet
Arzneimittel
Fahrten z. B. zur Dialyse oder stationären Krankenhausbehandlung, Rettungstransport
Heilmittel, z. B. Krankengymnastik
Hilfsmittel, z. B. Rollstühle oder Schuheinlagen
Häusliche Krankenpflege
Haushaltshilfe
Krankenhaus
Soziotherapie
Reha, wenn von der BARMER bezahlt

Nicht berücksichtigen dürfen wir
Selbst gekaufte Medikamente, blaue oder grüne Rezepte
Fahrten, die nicht ärztlich verordnet werden können
Selbst finanzierte Gesundheitsleistungen, z. B. Glaukom-Vorsorge oder PSA-Test
Wenn Sie Zuzahlungen für eine selbst gewählte höherwertige Versorgung, z. B. bei Schuheinlagen oder bei Inkontinenzartikeln
Eigenanteile für Leistungen der Pflegeversicherung
Kosten für Zahnersatz, professionelle Zahnreinigung, Brille oder Heilpraktikerleistungen
Zuzahlungen zu Kurmaßnahmen, die von der Rentenversicherung bezahlt werden

30451 V29 ed46a22f-989f-4ec1-a903-86c5cae1c7f0

Name

Ihr Zeichen

Bankverbindung

Überweisen Sie mir den Betrag bitte auf

| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Deutsche IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ausländische IBAN

| | | | | | | | | | | |

BIC (nur bei ausländischer IBAN erforderlich)

Falls Kontoinhaber(in) und Zahlungspflichtige(r) voneinander abweichen, bitte eintragen

Name und Anschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

Ihre Kontaktdaten bei Fragen

Telefonnummer

Ich bestätige, dass meine Angaben richtig sind. Änderungen teile ich der BARMER unverzüglich mit.

Datum/Unterschrift
(Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)

30451 V29 ed46a22f-989f-4ec1-a903-86c5cae1c7f0