



**Absender**

BARMER  
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom  
Versichertennummer

**Antrag auf einen höheren Zuschuss zum Zahnersatz**  
(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

**Familienstand**

Ich bin:  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

**Familienangehörige im gemeinsamen Haushalt**

Berücksichtigt werden auch die Einnahmen aller Angehörigen Ihres Haushalts. Unabhängig davon, wo sie versichert sind oder ob sie in einem Pflegeheim leben. Informationen zu der aktuellen Einkommensgrenze finden Sie unter [barmer.de/haertefallregelung](http://barmer.de/haertefallregelung).

Angehörige sind:

- Ehepartner sowie Eingetragene Lebenspartner
- 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, die durch den Bezug von Grundsicherungsgeld selbst versichert sind und zur selben Bedarfsgemeinschaft gehören wie Sie

**Leben Angehörige mit Ihnen im gemeinsamen Haushalt?**

Nein  Ja, bei mir leben folgende Angehörige:

Der Familienangehörige ist	Vorname Name	geboren am	Name der Krankenkasse
<input type="checkbox"/> mein Ehe-/Lebenspartner	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> mein Kind	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> mein Kind	_____	_____	_____

**Bankverbindung für eine mögliche Erstattung**

IBAN

BIC (nur bei ausländischer IBAN erforderlich)

Falls Kontoinhaberin/Kontoinhaber und Zahlungsempfängerin/Zahlungsempfänger voneinander abweichen, bitte Name und Anschrift angeben.

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

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

Name

Versichertennummer

### Erklärung zu den Einnahmen

Es werden alle Einnahmen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen zusammengerechnet. **Geben Sie bitte die monatlichen Brutto-Einnahmen an und fügen Sie alle Einkommensnachweise der letzten drei Monate bei.**

	Von Ihnen	Ehe-/Lebenspartner <sup>1)</sup>	Anzahl Kinder: ____
<b>Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen</b>	<b>in €</b>	<b>in €</b>	<b>in €</b>
Lohn/Gehalt der <b>letzten drei Monate</b> (auch Minijob)			
Einmalzahlungen, z. B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld, Prämien, Abfindungen ( <b>jährliche Einnahmen durch 12 teilen</b> )			
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit gemäß Steuerbescheid			
<b>Renten und Pensionen</b>	<b>in €</b>	<b>in €</b>	<b>in €</b>
Deutsche Rentenversicherung Alters-, Hinterbliebenen-, Erwerbsminderungsrente			
Betriebsrente, Versorgungsbezüge oder Vorruhestandsgeld			
Rente aus privater Lebens- und Unfallversicherung			
Rente aus gesetzlicher Unfallversicherung			
Ausländische Rente			
Weitere Renten oder Pensionen			
<b>Entgeltersatzleistungen</b>	<b>in €</b>	<b>in €</b>	<b>in €</b>
Arbeitslosengeld			
Krankengeld, Übergangsgeld oder Verletztengeld			
Kurzarbeiter- oder Insolvenzgeld, Winterausfallgeld			
Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss			
Elterngeld			
<b>Sonstiges</b>	<b>in €</b>	<b>in €</b>	<b>in €</b>
Eine der folgenden Sozialleistungen, zum Beispiel: Bafög, Grundsicherungsgeld, Grundsicherungsleistungen im Alter oder bei Erwerbsminderung, Sozialhilfe, Heimunterbringungskosten			
Miet- oder Pachteinahmen			
Unterhalt			
Zinsen aus Kapitalvermögen oder Sparanlagen: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich			
Sonstige Einkünfte			

<sup>1)</sup> Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes