

Antrag auf Härtefall bei Zahnersatz

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenversichertennummer

Telefonnummer

Familienstand

Heil- und Kostenplan vom

Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe

- Ich erhalte mein Angehöriger
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem **Sozialgesetz Buch XII (SGB)** oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz
- Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung
- Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II
- Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BaföG) oder dem SGB III
- die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder in einer ähnlichen Einrichtung werden von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen

Bitte entsprechende Nachweise (z. B. Bescheid der Sozialhilfeverwaltung) beilegen. Wenn mindestens eine der oben genannten Möglichkeiten beim Mitglied zutrifft, ist die Beantwortung der weiteren Fragen **nicht erforderlich**.

Angaben zum gemeinsamen Familienhaushalt (Ehegatte/Kinder)

Zur Feststellung meiner Belastungsgrenze mache ich folgende Angaben zu den Einkommensverhältnissen meiner mit mir im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen (Ehegatte/Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz –LpartG), Kinder). Für Kinder sind Angaben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres immer, danach nur dann erforderlich, wenn eine kostenlose Mitversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Hinweis: Falls Spalten nicht ausreichen, bitte Beiblatt zur Erläuterung beifügen.

	Mitglied	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Name, Vorname					
Bruttoeinnahmen (vor Abzug von Abgaben), die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind. Bitte Bezeichnung (z. B. Lohn/Gehalt, Unterhaltszahlungen, Zinsen usw.) angeben und Nachweise beifügen.	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____
	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____
	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____
	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____	(Bezeichnung) _____
In meinem Haushalt lebend von/bis/seit	_____				
versichert bei (Name und Sitz der Krankenkasse)	_____				

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben in der Tabelle und eventuell angefügten Beiblättern. Über Änderung dieser Angaben (Ausscheiden von Angehörigen aus meinem Haushalt und Änderungen meiner Einkommensverhältnisse) werde ich novitas bkk unverzüglich informieren. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Datum

Ort

Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der novitas bkk erforderlich. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie im Internet unter novitas-bkk.de/datenschutz.