



Aktenzeichen:

<b>Antrag auf Erhöhung des Zuschusses bei Zahnersatz</b>				
<b>A. Angaben zum Versicherten</b>				
Name, Vorname	Geburtsdatum			
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon			
<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig      Falls nicht ledig seit _____ <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Tag, Monat Jahr</div> <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend				
<b>B. Zusätzliche Angaben</b>				
1. Sind Sie oder ein Angehöriger in einem Alten-/Pflegeheim oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Name, Vorname</div> in _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Name der Einrichtung</div> Wer trägt die Kosten des Pflegeheims? (Bitte Heimkostenabrechnung beifügen, sofern Angehörige Kosten tragen.) <input type="checkbox"/> Die Kosten trägt die/der o. g. Versicherte. <input type="checkbox"/> Die Kosten trägt der Angehörige in Höhe von _____ € <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">jährlich</div> <input type="checkbox"/> Die Kosten trägt der Sozialhilfeträger/die Kriegsopferfürsorge. (Bitte Bescheid beifügen.)				
2. Beziehen Sie oder ein Angehöriger Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilferecht oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder Leistungen der bedarfsorientierten Grundsicherung? (Bitte eine Kopie des Bewilligungsbescheids beifügen.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Name, Vorname</div> _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 100px;"> <span>Leistungszeitraum von/bis</span> <span>Leistungsart</span> </div>				
<b>C. Angaben zu den Einkommensverhältnissen des Kalenderjahres</b>				
	Mitglied	Ehegatte /Lebenspartner	Kinder oder sonstige im Haushalt lebende Angehörige *	
1. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (Falls ja, bitte Abschnitt D und F ausfüllen.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, z. B. Gewerbe (Falls ja, bitte Abschnitt F ausfüllen.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung sowie Einnahmen aus Kapitalvermögen, z. B. Zinserträge? (Falls ja, bitte Abschnitt E und F ausfüllen.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Einnahmen aus nicht-selbständiger Arbeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ € jährlich	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ € jährlich	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ € jährlich	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ € jährlich
5. Sonstige jährliche Einnahmen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ € Art _____ jährlich	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ € Art _____ jährlich	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ € Art _____ jährlich	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ € Art _____ jährlich
* <u>Kinder</u> : - bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres unabhängig davon, ob sie familienversichert, pflichtversichert oder nicht gesetzlich versichert sind; - nach Vollendung des 18. Lebensjahres nur, sofern sie familienversichert sind. <u>Sonstige im Haushalt lebende Angehörige</u> : - ledige mitarbeitende Familienangehörige ohne Arbeitsvertrag (nicht rentenversicherungspflichtig).				



Aktenzeichen:

	Mitglied	Ehegatte /Lebenspartner	Kinder oder sonstige im Haushalt lebende Angehörige	
6. Renten, Pensionen, Altersgeld, Leibrente und Ähnliches? (Bitte brutto angeben.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Art _____	Art _____	Art _____	Art _____
	_____ € monatlich	_____ € monatlich	_____ € monatlich	_____ € monatlich
	Art _____	Art _____	Art _____	Art _____
7. Bezüge aus Hofabgabe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> freie Kost bzw. Verpflegung	<input type="checkbox"/> freie Kost bzw. Verpflegung	<input type="checkbox"/> freie Kost bzw. Verpflegung	<input type="checkbox"/> freie Kost bzw. Verpflegung
	<input type="checkbox"/> Barzuwendung (Taschengeld)	<input type="checkbox"/> Barzuwendung (Taschengeld)	<input type="checkbox"/> Barzuwendung (Taschengeld)	<input type="checkbox"/> Barzuwendung (Taschengeld)
	_____ € monatlich	_____ € monatlich	_____ € monatlich	_____ € monatlich
8. Bei Altenteilern: Erzielen Sie seit der Übergabe Einnahmen aus zurückbehaltenen landwirtschaftlichen Flächen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
9. Haben Sie oder Ihre Angehörigen im laufenden Kalenderjahr einmalige Einnahmen (z. B. Weihnachts- und Urlaubsgeld, Abfindungen aus Lebensversicherung oder Renten) erzielt oder sind diese zu erwarten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ € (Bitte Nachweis beifügen.) jährlich				
<b>D. Angaben zu Land- und Forstwirtschaft</b>				
Ich bin pauschalbesteuerter Landwirt nach § 13a EStG. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, das Einkommen ergibt sich aus dem Wirtschaftswert.				
<b>E. Angaben zu Einkünften aus Vermietung und Verpachtung sowie Einnahmen aus Kapitalvermögen</b>				
1. Einkünfte aus Vermietung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ € (Absetzung für Abnutzung und Werbungskosten dürfen in Abzug gebracht werden.) jährlich				
2. Einkünfte aus Verpachtung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ € (Absetzung für Abnutzung und Werbungskosten dürfen in Abzug gebracht werden.) jährlich				
3. Einnahmen aus Kapitalvermögen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ € (Sparer-Freibetrag und Werbungskosten dürfen nicht abgezogen werden.) jährlich				
<b>F. Angaben zum Einkommensnachweis und zu der aktuellen Einkommenssituation</b>				
<input type="checkbox"/> Ich bin nicht zur Einkommenssteuer veranlagt. (Bitte andere Einkommensnachweise beifügen.)				
<input type="checkbox"/> Ich bin zur Einkommenssteuer veranlagt.				
<input type="checkbox"/> Eine Kopie des letzten Steuerbescheids liegt bei. <input type="checkbox"/> Der letzte Steuerbescheid liegt der Alterskasse vor.				
<input type="checkbox"/> Die derzeitigen Einkünfte haben sich gegenüber dem letzten Steuerbescheid geändert. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte aktuelle Gewinn- und Verlust-Rechnung oder sonstigen Nachweis beifügen.)				
<b>G. Bankverbindung für eine Erstattung</b>				
Name und Sitz der Bank _____				
IBAN _____ BIC _____				
<b>H. Einwilligung/Erklärung</b>				
Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Wesentliche Änderungen werde ich umgehend mitteilen. Ich bin mir bewusst, dass Fehlleistungen, die durch das Unterlassen einer Änderungsanzeige verursacht worden sind, zurückgefordert werden können. Ich bin damit einverstanden, dass die Krankenkasse auch auf Unterlagen zur Einkommenssituation, die bei der Alterskasse und Berufsgenossenschaft vorhanden sind, zurückgreift.				
Datum _____ Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters _____				