

Antrag auf Härtefall-Zuschuss bei Zahnersatz

KVNR.:

A. Personalien der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen

Ich bin ledig verheiratet geschieden getrennt lebend verwitwet

Ziffer	Vorname, Name und Geburtstag des Versicherten	derzeitige Berufstätigkeit	Bruttoeinnahmen monatlich/Euro
0			
	Vorname, Name und Geburtstag des Angehörigen <small>gilt nur für im gemeinsamen Haushalt lebende Ehegatten u. Kinder</small>	Verwandtschaftsverhältnis	Bruttoeinnahmen monatlich/Euro
1		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind	
2		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind	
3		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind	
4		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind	

Zu den Bruttoeinnahmen zählen Arbeitsentgelt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Pensionen, Arbeitslosen- und Unterhaltsgeld, sowie Einkommen aus Beteiligungen, Kapitalerträge, Mieten, Pacht und sonstige Einnahmen, wie z. B. Unterhaltsbeiträge, Renten, Naturleistungen u. ä.

Wichtig: Bitte Einkommensnachweise beifügen

B. Beziehen Sie folgende Einnahmen? Bitte ankreuzen. Danke!

Erhalten Sie oder ein im gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger	(Bitte Nachweis beifügen)
Hilfe zum Lebensunterhalt oder im Rahmen der Kriegspferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> Angehöriger _____ Ziffer
Arbeitslosengeld II ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> Angehöriger _____ Ziffer
Ausbildungsförderung nach dem BaföG?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> Angehöriger _____ Ziffer
Wohnen Sie oder einer Ihrer Angehörigen	
In einem Heim, wofür die Kosten der Unterbringung von der Sozialhilfe oder der Kriegspferfürsorge bezahlt werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> Angehöriger _____ Ziffer

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Betriebskrankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert.

Ich bestätige, dass die Angaben vollständig und richtig sind. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich mein Bruttoeinkommen bzw. das meiner o. a. Familienangehörigen verändert.

_____ Datum und Unterschrift _____ Telefon _____ E-Mail-Adresse

Bitte Antwort an:

BKK Pfalz
Lichtenbergerstraße 16
67059 Ludwigshafen

Dieses Feld füllt Ihre BKK Pfalz aus!	
<input type="checkbox"/> befreit	<input type="checkbox"/> nicht befreit
_____ Datum	_____ Unterschrift

Hinweisblatt!

Einkommensart

Nachweis (Kopie)

**Arbeitsentgelt aus
Beschäftigung (auch Minijobs)**

→

Lohnabrechnung

Einmalzahlungen wie **Urlaubs-
und Weihnachtsgeld**

→

Lohnabrechnung, auf der
die Einmalzahlung ausgewiesen ist

Arbeitsentgelt aus nebenberufl.
Tätigkeit

→

Lohnabrechnung

Einkünfte aus selbständiger
Tätigkeit

→

aktueller Einkommenssteuer-
bescheid

Arbeitslosengeld I oder
Arbeitslosengeld II

→

Bewilligungsbescheid der
Agentur für Arbeit

Rente der Deutschen
Rentenversicherung oder
gesetzl. Unfallversicherung

→

Rentenmitteilung

rentenähnliche Einnahmen
Betriebsrente, ...

→

Bescheid über die Einnahme

Rente aus privater Lebens-
oder Unfallversicherung

→

Mitteilung über die Rentenhöhe

Einkünfte aus Vermietung,
Verpachtung und Kapital (Zinsen)

→

aktueller Einkommenssteuer-
bescheid

Unterhaltsleistungen
(Ehegatten-/ Kindesunterhalt)

→

Kontoauszug über Unterhaltshöhe

sonstige Einnahmen
zum Lebensunterhalt

→

Bewilligungsbescheid oder Kopie des
Kontoauszuges