

ANTRAG auf Befreiung von der Zuzahlung bei medizinischen und sonstigen Leistungen zur
Rehabilitation / Teilhabe
durch die Deutsche Rentenversicherung

Familienname, Vorname

Versicherungsnummer

Straße, Postleitzahl, Wohnort

Ich beantrage hiermit die Befreiung von der Zuzahlung.

1. Ich beziehe derzeit (Zutreffendes ankreuzen)

- Leistungen zur Grundsicherung
- Sozialgeld nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) II
- kein Erwerbseinkommen oder Erwerb ersatz Einkommen
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII – „Sozialhilfe“
-Belege beifügen
- als Arbeitnehmer Arbeitsentgelt -
- als Selbständiger Arbeitseinkommen – ggf. bitte als Anlage eine Erklärung
über die Höhe des Einkommens beifügen -
- vergleichbares Erwerb ersatz Einkommen (z.B. Renten, ALG, Krankengeld usw.)
- ggf. bitte Nachweise beifügen -

2. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

- Ich bin nicht verheiratet.
- Ich habe keine Kinder.
- Ich habe nachstehend aufgeführte Kinder.

Anzugeben sind Kinder bis zum 18. Lebensjahr sowie Kinder, die infolge körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, auch nach deren vollendeten 18. Lebensjahr.

Name, Vorname des Kindes, Geburtstag, Verhältnis des Kindes zum Versicherten
(z.B. eheliches Kind, Stiefkind usw.)

- Mein Ehegatte oder Lebenspartner*, der mit mir in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben, weil er mich pflegt – ggf. bitte als Nachweis den Bescheid über Bezug von Pflegeleistungen beifügen -.
- Mein Ehegatte oder Lebenspartner*, der mit mir in häuslicher Gemeinschaft lebt, ist pflegebedürftig und hat keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung – ggf., bitte als Nachweis eine Bescheinigung der Pflegekasse beifügen, dass keine Leistungen aus der Pflegekasse bezogen werden.

Pflegebedürftigkeit ist nur von Bedeutung, wenn Sie keine oben aufgeführten Kinder haben.)

Ort, Datum

Unterschrift

* Im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LpartG) vom 16.02.2001

ANLAGE ZUM ANTRAG AUF BEFREIUNG VON DER ZUZAHLUNG

(nur auszufüllen für Arbeitnehmer)

(Familienname, Vorname (der) des Versicherten) Versicherungsnummer

(Straße, Postleitzahl, Wohnort)

Bitte vom Arbeitgeber ausfüllen lassen !

Bescheinigung des Arbeitgebers über das sozialversicherungspflichtige
Nettoentgelt - ohne einmalig gezahltes Arbeitsentgelt - im l e t z t e n
Entgeltabrechnungszeitraum.

vom/bis

Netto-Entgelt _____ EUR

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers

ZUZAHLUNGSGRENZE 2010

Versicherte/Rentner ohne Kind oder ohne bestehende Pflege-
bedürftigkeit

Monatliches Nettoeinkommen:

bis 1023,00 EUR

keine Zuzahlung

Generelle Befreiung von der Zuzahlung, unabhängig vom Einkommen:

Bezieher von Leistungen

- der Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) nach SGB XII
- bei Unterbringung im Wohnheim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe
- der Arbeitslosengeld / Ausbildungsförderung etc.
- der Grundsicherung / von Sozialgeld nach SGB II / Übergangsgeld
- Kinder unter 18 Jahren bzw. unter 25 Jahren bei Kinderheilbehandlungen