

1 Personalien

Vorname, Name, Geburtstag und Versicherungsnummer des Mitglieds

2 Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe

Ich erhalte mein Angehöriger _____ erhält

Vorname, Name, Geburtstag und Versicherungsnummer

- ★ Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz
- ★ ALG II nach dem SGB II
- ★ Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz Arbeitsförderungsgesetz (SGB III)
- ★ Unterbringung in einem Heim oder in einer ähnlichen Einrichtung, getragen von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge

Bitte entsprechende Nachweise (z. B. Bescheid der Sozialhilfeverwaltung) beilegen.

3 Angaben zum gemeinsamen Familienhaushalt (Ehegatte, Lebenspartner/in, Kinder)

Name, Vorname	Geburtstag	Wie verwandt?	Wie versichert?

4 Einnahmen zum Lebensunterhalt - brutto -	Mitglied	Ehegatte	Kinder			
	Monatlich €					
Vornamen						
Arbeitseinkommen aus nichtselbstständiger Arbeit (auch wenn nicht versicherungspflichtig)						
Renten (aus gesetzl. oder privater Versicherung), Betriebsrenten und Pensionen (bitte Art und Bruttozahlbetrag angeben)						
Kapitalerträge (Zinsen, Dividenden usw.), Miet- und Pachteinnahmen						
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus selbstständiger Arbeit oder <input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb						
sonstige Einkünfte ¹⁾ Bitte Art angeben:						
Eine Änderung der Einkommensverhältnisse ist in absehbarer Zeit zu erwarten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche/bei wem? Eine Änderung der Einkommensverhältnisse werde ich der Krankenkasse mitteilen.						
Füllt die Krankenkasse aus		← € insgesamt				

1)

Sonstige Einkünfte: Alle Einnahmen, die zum Lebensunterhalt bestimmt sind, z. B. Kranken- und Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Hilfe zum Lebensunterhalt, Elterngeld und ähnliches. Nicht zu den Einnahmen gehören z. B. Grundrenten für Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz, Kindergeld, BAföG, Leistungen der Pflegeversicherung usw.

Bitte fügen Sie aktuelle Einkommensnachweise (der letzten 3 Monate vor Ausstellung des Heil- und Kostenplanes) in Kopie diesem Antrag bei.

Meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß.

Diese Anlagen habe ich beigelegt:

Telefon Nr. (freiwillige Angabe):

Mobil-Nr. (freiwillige Angabe):

Datum und Unterschrift des Mitglieds



Füllt die Krankenkasse aus

Einkommensgrenze _____ €	Vorgemerkt Mitglied benachrichtigt Sachbearbeiter	EDV
-----------------------------	---	-----