

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen zu Leistungen A. Personalien der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen	Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Betriebskrankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert.
---	--

Ziffer	Name, Geburtstag, Versichertennummer des Versicherten	Derzeitige Berufstätigkeit	Bruttoeinnahme monatlich *
0			EUR
	Name, Vorname, Geburtstag des Angehörigen gilt nur für im gemeinsamen Haushalt lebende Ehegatten und Kinder	Verwandtschaftsverhältnis	Bruttoeinnahme Monatlich*
1		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonstiger Angehöriger	EUR
2		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonstiger Angehöriger	EUR
3		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonstiger Angehöriger	EUR
4		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonstiger Angehöriger	EUR
5		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonstiger Angehöriger	EUR
6		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonstiger Angehöriger	EUR

***) Die Spalte 'Bruttoeinnahme' braucht nicht ausgefüllt zu werden, wenn die Fragen des Abschnittes B (Härtefallstatus) mit JA zu beantwortet sind.**
 Zu den Bruttoeinnahmen zählen Arbeitsentgelt, Einkommen aus selbständiger Arbeit, Pensionen, Arbeitslosen- und Unterhaltsgeld, sowie Einkommen aus Beteiligungen, Kapitalerträge, Mieten, Pacht und sonstige Einnahmen, wie z.B. Unterhaltsbeiträge, Renten, Naturalleistungen u.ä. (Bitte Einkommensnachweise beifügen).

B. Härtefallstatus der Leistungsberechtigten

Erhalten Sie oder ein im gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger (Bitte Nachweis beifügen)	
Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <div style="text-align: right; font-size: small;"> <input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> Angehöriger Ziffer </div>
Arbeitslosenhilfe oder Ausbildungsförderung aus der Arbeitsförderung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <div style="text-align: right; font-size: small;"> <input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> Angehöriger Ziffer </div>
Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BaföG)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <div style="text-align: right; font-size: small;"> <input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> Angehöriger Ziffer </div>
Wohnen Sie oder einer Ihrer Angehörigen	
In einem Heim, wofür die Kosten der Unterbringung von der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge bezahlt werden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <div style="text-align: right; font-size: small;"> <input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> Angehöriger Ziffer _____ Bezeichnung des Heimes </div>

Bitte zurück an: BKK Melitta Plus, Marienstraße 122, 32425 Minden
 Die Angaben sind vollständig und richtig.

Datum	Unterschrift	Telefonisch erreichbar
Wird von der BKK Melitta Plus ausgefüllt.		
<input type="checkbox"/> vollständig befreit <input type="checkbox"/> nicht befreit <input type="checkbox"/> teilweise in Höhe von _____ EUR	Befreiungsbescheid erteilt Nr. _____	
Datum	Unterschrift	Datum