**Antrag auf doppelten Festzuschuss für Zahnersatz bei unzumutbarer Belastung**

Name, Vorname des Versicherten Versicherten-Nr. Geburtsdatum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich erhalte folgende Leistungen:

☐ **Arbeitslosengeld II**

☐ **Hilfe zum Lebensunterhalt** nach dem Bundessozialhilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz

☐ **Heimunterbringung:** Ich bin in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht. Die Kosten der Unterbringung werden von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen.

☐ **Ausbildungsförderung** nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder im Rahmen der Anordnung der Bundesanstalt für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter.

☐ **Einkommen:** Ich verfüge lediglich über ein geringes Einkommen.

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt betragen

Arbeitseinkommen/Ausbildungsvergütung monatlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro

Rente/Pension monatlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro

Sonstiges Einkommen monatlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro

Monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt monatlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro

Familienstand:  
☐ Ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ Lebensgemeinschaft

In meinem Haushalt leben folgende Angehörige:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** | **Geburtsdatum** | **Verwandschafts- verhältnis** | **Monatliches Bruttoeinkommen** | **Bemerkungen** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Datum und Unterschrift der/des Versicherten, ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Datum und Ort Antragsteller

☐ Die entsprechenden Einkommensnachweise sind in Kopie beigefügt.

Wird von der Krankenkasse ausgefüllt -> Voraussetzungen erfüllt: ☐ Ja ☐ Nein