

Gut zu wissen: Wir verarbeiten Ihre Daten zur Leistungsgewährung nach § 62 SGB V. Die Daten werden für 6 Jahre gespeichert und anschließend wieder gelöscht.

# BARMER



**Absender**

BARMER  
42266 Wuppertal

Ihr Schreiben vom  
Ihr Zeichen

## Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr - Vorauszahlungsantrag

### Familienstand bzw. Wohnsituation

Ich bin ☐ ledig ☐ getrennt/geschieden ☐ verheiratet / in eingetragener Lebenspartnerschaft  
☐ Ehepartner/in oder eingetragene Lebenspartner/in lebt im Pflegeheim ☐ verwitwet

### Familienangehörige im gemeinsamen Haushalt

Die Zuzahlungsgrenze wird aus den Einnahmen aller Angehörigen Ihres Haushalts berechnet, unabhängig davon, wo sie versichert sind und ob sie in einem Pflegeheim leben. Dieser Wert wird um Freibeträge für Kinder und für Verheiratete bzw. eingetragene Lebenspartner/innen gemindert.

Angehörige sind:

- Verheiratete
- Eingetragene Lebenspartner/innen
- Kinder bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie 18 Jahre alt werden
- Kinder auch über das 18. Lebensjahr hinaus, wenn sie gesetzlich familienversichert sind
- Kinder bis zum 25. Geburtstag, wenn sie Bürgergeld bekommen und zur selben Bedarfsgemeinschaft gehören wie Sie

Leben im Jahr      Angehörige mit Ihnen im gemeinsamen Haushalt?

☐ Nein.

☐ Ja, bei mir leben folgende Angehörige:

Das Familienmitglied ist	Vorname Name	geboren am	Name und Ort der Krankenkasse
<input type="checkbox"/> mein/e Ehe- Lebenspartner/in	_____	_____	BARMER _____
<input type="checkbox"/> mein Kind	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> mein Kind	_____	_____	_____

Name

Ihr Zeichen

## Zuzahlungsgrenze: Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Die Zuzahlungsgrenze wird aus den jährlichen Einnahmen aller Angehörigen Ihres Haushalts berechnet, unabhängig davon, wo sie versichert sind und ob sie in einem Pflegeheim leben. Zudem ist das Brutto maßgebend (Rechtsgrundlage: § 62 Sozialgesetzbuch V).

Wer hat welche Einnahmen? Bitte Nachweise in Kopie beilegen. Ausnahme: Siehe Hinweis unter Renten.			
	Ich selbst	Mein/e Ehepartner/in oder eingetragene/r Lebenspartner/in	Mein/e Kind/er
<b>Renten und Pensionen</b>			
*Für diese drei Rentenarten liegen uns die Daten vor. Ein Nachweis ist nur für Angehörige, die woanders versichert sind, erforderlich.			
Altersrente * Bitte den aktuellsten Bescheid beilegen			
Erwerbsminderungsrente *			
Hinterbliebenenrente *			
Betriebsrente, Versorgungsbezüge oder Vorruhestandsgeld			
Pension			
Rente aus privater Lebensversicherung Bitte die Höhe der Rente und den Beginn der Auszahlung angeben			
Unfallrente Bitte den aktuellsten Bescheid und den ersten Bewilligungsbescheid mit Angaben zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) beifügen			
<b>Sozialleistungen</b>			
Bürgergeld oder Grundsicherung			
Sozialhilfe			
Hilfe zur Pflege bei Heimunterbringung			
<b>Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen</b>			
Lohn, Gehalt			
Einmalzahlungen z. B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien oder Abfindung			
Geringfügige Beschäftigung			
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit gemäß Steuerbescheid			
<b>Entgeltersatzleistungen</b>			
Arbeitslosengeld			
Krankengeld, Übergangsgeld oder Verletztengeld			
Kurzarbeiter- oder Insolvenzgeld			
Elterngeld, Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss			
Unterhaltsgeld			
<b>Sonstiges</b>			
Miet- oder Pachteinahmen			
Unterhalt			
Zinsen aus Kapitalvermögen			
sonstige Einnahmen			

Name

Ihr Zeichen

## Chronisch krank

Damit Sie durch Zuzahlungen finanziell nicht unzumutbar belastet werden, müssen Sie pro Jahr nicht mehr als zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen Ihrer Familie zuzahlen. Bei einer schwerwiegend chronischen Erkrankung nur bis zu einem Prozent.

Sind Sie oder ein Familienangehöriger im gemeinsamen Haushalt schwerwiegend chronisch krank und deswegen seit mindestens einem Jahr in ärztlicher Behandlung?

- ☐ Nein.
- ☐ Ja. Eine der folgenden Aussagen trifft zu:
- ☐ Die Voraussetzungen wurden bereits in einem früheren Antrag nachgewiesen.
  - ☐ Einer von uns nimmt am Besser-Leben-Programm der BARMER teil.
  - ☐ Seit mindestens einem Jahr liegt eine Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegegrad 3, 4 oder 5 vor.
  - ☐ Die ärztliche Bescheinigung Muster 55 über die Dauerbehandlung wegen einer chronischen Erkrankung ist beigelegt. - Das Muster 55 bekommen Sie ausschließlich bei Ihrem Arzt.

## Angaben zur Zahlungsweise

- ☐ Ich möchte meine Vorauszahlung überweisen. Teilen Sie mir dafür die Höhe meiner Zuzahlungsgrenze mit.
- ☐ Bitte buchen Sie meine Zuzahlungsgrenze ab.

## Ihre Kontaktdaten bei Fragen

Telefonnummer

---

Ich bestätige, dass meine Angaben richtig sind. Änderungen teile ich der BARMER unverzüglich mit.

Datum / Unterschrift (Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)

---

