

Antrag auf doppelten Festzuschuss zu Zahnersatz

BKK VerbundPlus
Zeppelinring 13
88400 Biberach

E-Mail: info@bkkvp.de
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: 0800 2 234 987
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

A. Personalien der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen

Ziffer	Name, Vorname, Geburtstag bzw. Versicherungsnummer des Versicherten	Derzeitige Berufstätigkeit	Bruttoeinnahme monatl. *)
0			
1	Name, Vorname, Geburtstag des Angehörigen	<small>gilt nur für im gemeinsamen Haushalt lebende Ehegatten und Kinder</small>	Verwandtschaftsverhältnis
		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind	Bruttoeinnahme monatl. *)
2		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind	
3		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind	
4		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind	
5		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind	
6		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind	
7		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind	
8	Haben Ihre Angehörigen ihren Erst- oder Zweitwohnsitz in Ihrem Haushalt?		
	<input type="checkbox"/> Ja _____ (Name des Angehörigen) <input type="checkbox"/> Nein		

***) Die Spalte „Bruttoeinnahme“ braucht nicht ausgefüllt zu werden, wenn die Fragen des Abschnittes B (Härtefallstatus) mit JA zu beantworten sind.**

Zu den Bruttoeinnahmen zählen Arbeitsentgelt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, 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)		
Grundsicherungsleistungen nach dem Sozialgesetzbuch II?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> Angehöriger (Vorname) _____
Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> Angehöriger (Vorname) _____
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	<input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> Angehöriger (Vorname) _____ <small>(Bezeichnung des Heimes)</small>

Hinweis zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht: Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Fehlt die Mitwirkung, kann das zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung führen. Mir ist bekannt, dass es sich bei den Kontaktdaten um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkungen auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1.Jit. a DSGVO). Meine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse (sofern angegeben) kann die BKK VerbundPlus für die Kontaktaufnahme bei Fragen zumeiner Kranken- und Pflegeversicherung verwenden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen (vgl. Art. 7 DSGVO). Die genauen Details zu den Datenschutzhinweisen und meinen Rechten bei der Datenverarbeitung finde ich unter www.bkk-verbundplus.de/datenschutz.

Kontaktdaten (Telefon / E-Mail), freiwillige Angaben

Datum, Unterschrift

X