

## Antrag auf Härtefallregelung bei der Versorgung mit Zahnersatz

### Allgemeine Angaben des Antragsstellers

**Familienstand:**  ledig  verheiratet  eingetragene Lebenspartnerschaft<sup>1</sup>  verwitwet  getrennt lebend  geschieden seit \_\_\_\_\_

1 = nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG

Frau  Herr \_\_\_\_\_ | T T M M J J J J  
Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Postleitzahl und Ort)

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherungsnummer  Mitglied  familienversichert \_\_\_\_\_  
Telefonnummer tagsüber (bei evtl. Rückfragen – freiwillige Angabe)

### Zugehörigkeit zu besonderen Personengruppen

#### ► Trifft eine der nachfolgenden Angaben auf Sie zu bzw. erhalten Sie eine der nachfolgenden Leistungen?

Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung auf Kosten eines Sozialhilfeträgers oder der Kriegsopferfürsorge.

Ja  Nein

Es werden Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II [„Hartz IV“]) bzw. monatliche Leistungen für Unterkunft und Heizung bezogen.

Ja  Nein

Ich erhalte Leistungen zur Grundsicherung im Alter, bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII bzw. nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Ja  Nein

Es wird eine Ausbildungsförderung vom Arbeitsamt oder nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) bezogen.

Ja  Nein

*Falls mindestens einer der genannten Punkte auf Sie zutrifft, dem Antrag bitte entsprechende(n) Nachweise beifügen!*

### Angaben zu Einnahmen (bitte ankreuzen und falls zutreffend entsprechende Hinweise beachten)

Art der Einnahme	Bestätigung des Antragsstellers	Folgenden Nachweis bitte unbedingt (in Kopie) beifügen	Monatlicher Bruttobetrag
Arbeitsentgelt aus einer <b>Beschäftigung bzw. Vorruhestandsgeld</b> (Bruttolohn bzw. Bruttogehalt, Sachbezüge, Provision, etc.)	Einnahme liegt vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Aktuelle Gehaltsbescheinigung inkl. Einmalzahlungen (z. B. Weihnachts-, Urlaubsgeld, etc.)	€/Monat
Einkünfte aus <b>selbstständiger Tätigkeit</b> (Gewinn nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts) oder <b>Einnahmen aus Gewerbebetrieb</b> sowie aus <b>Land- und Forstwirtschaft</b>	Einnahme liegt vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Letzter Einkommensteuerbescheid, sofern für diesen Zeitraum bereits die selbstständige Tätigkeit ausgeübt wurde. Ansonsten BWA oder sonstige Nachweise	€/Monat
Gesetzliche, private und auch ausländische <b>Renten</b> (aus der Renten-, Unfallversicherung, aus privater Renten-/Lebensversicherung, etc.)	Einnahme liegt vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Letzte Rentenanpassungsmitteilung	€/Monat
<b>Rentenähnliche Einnahmen</b> (Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen, Direktversicherungen, ...)	Einnahme liegt vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Letzte Anpassungsmitteilung	€/Monat
Dienstbezüge von <b>Beamten und Pensionären</b> (Bei Anspruch auf Beihilfe reichen Sie bitte einen Nachweis ein)	Einnahme liegt vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Aktuelle Bezügemitteilung inkl. Einmalzahlungen und zusätzlich der letzte Einkommensteuerbescheid	€/Monat
<b>Leistungen der Bundesagentur für Arbeit</b> (z. B. Arbeitslosengeld I, Gründungszuschuss)	Einnahme liegt vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bescheid der bewilligenden Behörde	€/Monat
Einkünfte aus <b>Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen</b> (z. B. Mieteinnahmen, Zinserträge aus Sparbüchern, Aktien u. ä.)	Einnahme liegt vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Letzter Einkommensteuerbescheid bzw. letzte Zinsmitteilung	€/Monat
<b>Sonstige Einnahmen</b> (z. B. Unterhalt des geschiedenen Ehegatten, Abfindungen, Krankengeld)	Einnahme liegt vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Unterhaltsnachweis/Kopie Kontoauszug; sonstige mögliche Nachweise	€/Monat

Bitte wenden 

	T	T	M	M	J	J	J	J
--	---	---	---	---	---	---	---	---

Name, Vorname des Antragsstellers

Geburtsdatum

## Angaben zu Familienangehörigen und deren Einnahmen

► Ihr Haushalt besteht aus mehreren Personen? Dann sind die nachfolgenden Angaben für alle im selben Haushalt lebenden Angehörigen (auch wenn diese nicht bei der Salus BKK versichert sind) zwingend erforderlich.

Bitte fügen Sie auch hier dem Antrag entsprechende Einkommensnachweise bei!

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandschafts- verhältnis	Hat diese Person eigene Einnahmen?	Monatlicher Bruttobetrag
		<input type="checkbox"/> Ehegatte / Lebenspartner <input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/Enkel- oder Pflegekind <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	€ / Monat
		<input type="checkbox"/> Ehegatte / Lebenspartner <input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/Enkel- oder Pflegekind <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	€ / Monat
		<input type="checkbox"/> Ehegatte / Lebenspartner <input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/Enkel- oder Pflegekind <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	€ / Monat
		<input type="checkbox"/> Ehegatte / Lebenspartner <input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/Enkel- oder Pflegekind <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	€ / Monat
		<input type="checkbox"/> Ehegatte / Lebenspartner <input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stief-/Enkel- oder Pflegekind <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	€ / Monat

Sie haben noch weitere Angehörige? Dann bitte diese Seite kopieren oder Auflistung auf einem Beiblatt fortführen.

## Abschließende Erklärung

► Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Künftige Änderungen werde ich der Salus BKK unverzüglich mitteilen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unterlassene Angaben zu einer (auch nachträglichen) Nachforderung führen können.

**Datenschutzhinweis:** (§ 67a Abs. 3 SGB X) Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 des Ersten Sozialgesetzbuches (SGB I) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Leistungsanspruchs zu erheben. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: [www.salus-bkk.de/datenschutz](http://www.salus-bkk.de/datenschutz)

Ort, Datum

X

Unterschrift des Antragsstellers

► Haben Sie an alles gedacht?

- Antrag vollständig ausgefüllt und unterschrieben
- Alle Einkommensnachweise liegen in Kopie bei
- Heil- und Kostenplan der Zahnarztpraxis (ggf. inklusive ergänzender Unterlagen) im Original beigelegt
- Bonusheft als Nachweis der (halb)jährlichen Zahnvorsorge als Kopie oder Original beigelegt (Original wird Ihnen im Anschluss zurückgesandt)

Senden Sie im Anschluss alle Unterlagen einfach an folgende Adresse:

Salus BKK  
Abteilung Zahnersatz  
Siemensstraße 5 a  
63263 Neu-Isenburg