



**BAHN-BKK**  
PostCenter  
48123 Münster

## Antrag auf Härtefallregelung bei Versorgung mit Zahnersatz

Name, Vorname der/des Versicherten	Versicherten-Nr. / Geburtsdatum
Anschrift	

### Einkommensgrenzen für das Jahr 2024 mtl.

**Bruttoeinnahmen des Versicherten 1.414,00 € mit**

**einem Angehörigen 1.944,25 €**

**mit zwei Angehörigen 2.347,75 €**

**für jeden weiteren Angehörigen zusätzlich 353,50 €**

### 1. Allgemeine Angaben

Ich bin alleinstehend     verheiratet     verwitwet

### 2. Besondere Personengruppen:

**Hinweis: Trifft eine der nachfolgenden Angaben auf Sie zu, müssen Sie Punkt 4. dieses Antrages nicht ausfüllen.**

- Ich bin in einem **Heim** oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht. Die **Kosten** der Unterbringung werden von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen.
- Ich erhalte **Hilfe zum Lebensunterhalt** nach dem Sozialgesetzbuch XII (alt: Bundessozialhilfegesetz) oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes.
- Ich erhalte Leistungen zur **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** nach dem SGB XII.
- Ich erhalte Leistungen zur **Sicherung des Lebensunterhalts** nach dem Sozialgesetzbuch II (Bürgergeld bzw. monatliche Leistungen für Unterkunft und Heizung).

**Wichtig! Bitte Kopie/n des aktuellen Bewilligungsbescheids beifügen!**  
**Warum? Ohne diese Kopien können wir Ihren Antrag nicht bearbeiten!**

### 3. Familienangehörige und deren Einnahmen

Besteht Ihr **Familienhaushalt** aus **mehreren Personen**, sind nachfolgend **immer anzugeben**:

- der/die **im Haushalt** lebende **Ehepartner/in** bzw. **Lebenspartner/in** (bei gleichgeschlechtlicher Ehe),
- alle **im Haushalt** lebenden **Kinder**, die im Antragsjahr **höchstens den 18ten** Geburtstag feiern
- sowie alle **im Haushalt** lebenden **Kinder**, die im Antragsjahr **mindestens den 19ten** Geburtstag feiern **und** gesetzlich familienversichert sind.

**Achtung:** Als **Kinder** gelten auch die **im Haushalt** lebenden Stief-, Enkel- und Pflegekinder

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Krankenkasse	Einnahmen
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### 4. Einnahmen des Antragstellers (bitte ankreuzen)

<b>Einnahmen durch:</b>	
Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Altersrente, Witwenrente)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaftsrente)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Betriebsrente, Zusatzrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Privatrente (z. B. Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pensionen, Vorruhestandsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einnahmen aus nichtselbständiger Tätigkeit (Lohn, Gehalt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einnahmen aus Gewerbebetrieb sowie aus Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leistungen der Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einkünfte durch Sachbezüge (z. B. freie Unterkunft und Verpflegung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einkünfte aus Unterhaltszahlungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einmalige Einkünfte (z.B. Prämien, Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Abfindungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Sonstige Einkünfte</b> (z. B. Krankengeld):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Wichtig! Bitte fügen Sie Kopien aller aktuellen Einkommensnachweise Ihres gesamten Familienhaushalts (siehe Punkt 3. und 4.) bei (z. B. Lohnbescheinigungen, Rentenbescheide etc.)! Warum? Ohne diese Kopien können wir Ihren Antrag nicht bearbeiten!**

Name:

Vorname:

KV-Nr.:

## 5. Zinsen und Erträge (unbedingt ausfüllen) Warum? Ohne diese Angaben können wir Ihren Antrag nicht bearbeiten!

Nach den Bestimmungen des Gesetzgebers sind bei der Beurteilung der individuellen Belastungsgrenze auch die jährlichen Einnahmen aus Kapitalvermögen (Zinsen) sowie aus Vermietung und Verpachtung des gesamten berücksichtigungsfähigen Familienhaushalts mit heranzuziehen.

Bitte machen Sie folgende Angaben aus dem Vorjahr Ihrer Antragsstellung:

Im Jahr \_\_\_\_\_ habe/n ich/wir  keine  folgende Einnahmen aus Kapitalvermögen (Zinsen) und/oder aus Vermietung und Verpachtung erzielt:

- Girokonto (-konten) \_\_\_\_\_
- Sparbuch (-bücher) \_\_\_\_\_
- Sparbrief(e) und/oder Sparvertrag (-verträge) \_\_\_\_\_
- Erträge von sonstigen Wertpapieren  
(z. B. Aktien, Fondsanteile, usw.) \_\_\_\_\_
- Vermietung und/oder Verpachtung \_\_\_\_\_
- Gesamtertrag  
(sofern Einzelaufstellung nicht möglich) \_\_\_\_\_

**Datenschutzhinweis (§ 67 a SGB X):** Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken erforderlich (nach § 60 SGB I). Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei Ihren Leistungsansprüchen führen.

**Erklärung:** Ich versichere, dass meine Antragsangaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich der BAHN-BKK sofort mitteilen. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unterlassene Angaben zu einer Nachforderung führen können.

\_\_\_\_\_  
(Datum)    (Unterschrift der/des Versicherten)    (ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

Meine aktuelle Bankverbindung lautet: **BIC** \_\_\_\_\_ **IBAN** \_\_\_\_\_  
bei \_\_\_\_\_

Meine Telefonnummer: \_\_\_\_\_ **Anlagen:** \_\_\_\_\_

Die Datenerfassung erfolgt unter Beachtung der entsprechenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

**Wird von der BAHN-BKK ausgefüllt:**

Voraussetzungen erfüllt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nachricht an Antragssteller _____ (Datum, Hdz.)	Daten erfasst (HFBEA/SOELA) _____ (Datum, Hdz.)
--	---	---

Name:

Vorname:

KV-Nr.: