



BAHN-BKK

Regionalgeschäftsstelle Mitte-West
Postfach 90 01 50
60441 Frankfurt am Main

**Antrag auf Härtefallregelung (Vorauszahlung) für das Jahr _____
Für Sie und Ihre Angehörigen (Punkt 4.) genügt ein gemeinschaftlicher Antrag**

Name	Vorname der/des Versicherten	Kundennummer	Geburtsdatum
Anschrift		Bankverbindung BIC	IBAN

1. Allgemeine Angaben

Ich bin alleinstehend verheiratet geschieden verwitwet

Wichtig: Ist ein Versicherter Ihres Familienhaushalts im Sinne des Gesetzes **chronisch krank**, reduziert sich die **Belastungsgrenze auf 1 %** der jährlichen Bruttoeinnahmen. Die chronische Krankheit muss seit mindestens **einem Jahr bestehen** und ist **einmalig** mit einer **ärztlichen Bescheinigung** nachzuweisen. **Ausnahmen:** **DMP-Teilnehmer/innen** oder **Schwerpflegebedürftige** mit mindestens **Pflegegrad 3** die bei der BAHN-BKK versichert sind, benötigen **keine** ärztliche Bescheinigung.

1.1 DMP*-Teilnehmer/in: ja nein (Mitglied oder Familienangehöriger)

(*DMP = *Behandlungsprogramm für chronisch Kranke - Diabetes 1 und 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma, Chronische obstruktive Lungenerkrankung und Brustkrebs*)

1.2 Pflegegrad 3, 4 oder 5: ja nein (Mitglied oder Familienangehöriger)

1.3 Schwerbehinderung/-beschädigung (GdB/GdS) mindestens 60 ja nein (Mitglied oder Familienangehöriger)

1.4 Chronische Erkrankung ja nein (Mitglied oder Familienangehöriger)

2. Besondere Personengruppen

Hinweis: **Trifft eine der Angaben unter Punkt 2. auf Sie oder einen Angehörigen zu, benötigen wir keine Daten zum Einkommen (siehe Punkt 3. u. Spalte „Einnahmen“ unter Punkt 4.)**

- Unterbringung in einem **Heim** oder einer ähnlichen Einrichtung. Die **Kosten** der Unterbringung werden von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen.
- Bezug von **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.
- Bezug von Leistungen zur **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** nach dem SGB XII.
- Bezug von Leistungen zur **Sicherung des Lebensunterhalts** nach dem Sozialgesetzbuch II (Arbeitslosengeld II bzw. monatliche Leistungen für Unterkunft und Heizung).

Wichtig! Bitte Kopie/n des aktuellen Bewilligungsbescheides beifügen! Ohne diese Kopie/n können wir Ihren Antrag nicht bearbeiten!

3. Ihre Einnahmen (bitte ankreuzen)

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

4. Ihre Familienangehörigen und deren Einnahmen

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

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

Bitte beachten Sie: 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"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja

Wichtig! Bitte fügen Sie aktuelle Kopien Ihrer Einkommensnachweise sowie die Ihrer Familienangehörigen bei.

Ohne diese Kopien können wir Ihren Antrag nicht bearbeiten

Name:

Vorname:

Kundennummer:

