Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

G0160

Bitte diesen Antrag möglichst zusammen mit dem Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einreichen.

Name, Vorname	Geburtsdatum

Die hiermit angeforderten Sozialdaten werden unter Beachtung der Vorschriften zum Schutz von Sozialdaten nach dem Zehnten Buch des Sozialgesetzbuches - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) - erhoben; ihre Kenntnis ist zur Entscheidung über den Antrag erforderlich. Die erhobenen Sozialdaten werden an Dritte nur übermittelt, soweit es im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften zulässig ist.

Ich beantrage die Befreiung von der Zuzahlung für die stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

1 Angaben zu Erwerbseinkommen und Erwerbsersatzeinkommen

Anzugeben sind das Erwerbseinkommen und Erwerbsersatzeinkommen, das Sie im Kalendermonat vor Beantragung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erzielt haben. Sollten sich Ihre Einkommensverhältnisse bis zum Beginn der stationären Leistung verschlechtert haben (zum Beispiel Einkommensminderung, Arbeitslosigkeit, Krankheit), so ist das Einkommen im Kalendermonat vor Beginn der Leistung anzugeben.

Im Kalendermonat vor Beantragung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation habe ich erhalten:

1.1 ☐ als Arbeitnehmer **Entgelt**

Die Höhe des Entgeltes ist im Formular G0161 von meinem Arbeitgeber bescheinigt. Bei mehreren - auch geringfügigen - Beschäftigungsverhältnissen sind Bescheinigungen aller Arbeitgeber erforderlich.

Fordern Sie bitte in diesem Fall weitere Formulare G0161 bei uns an.

1.2 ☐ als Selbständiger **Erwerbseinkommen** in Höhe von _____ EUR

Erzielen Sie Erwerbseinkommen, so ist es unerheblich, ob das Arbeitseinkommen durch persönliche Betätigung oder etwa nur aus der Weiterführung des Betriebes durch andere Personen (zum Beispiel Ehegatten, Geschäftspartner, Mitarbeiter) erzielt wird. Es ist eine Bescheinigung Ihres Steuerberaters über die Höhe oder voraussichtliche Höhe des im Kalendermonat vor Beantragung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erzielten Erwerbseinkommens beizufügen. Lassen sich die genauen Einkünfte nicht feststellen, wird für die Ermittlung des Einkommens hilfsweise der für das letzte Kalenderjahr vor Beginn der Rehabilitationsleistung erteilte Einkommensteuerbescheid zugrunde gelegt. Das anzurechnende Arbeitseinkommen ergibt sich aus dem Einkommen abzüglich der durch den Betrieb bedingten Ausgaben (zum Beispiel für eingesetzte Waren oder Material, anteilige Kosten für Kraftfahrzeuge) sowie der Löhne. Wird das Jahresarbeitseinkommen angegeben, so gilt für die Befreiung 1/12 des Jahresbetrages als monatliches Einkommen.

1.3 ☐ **Erwerbsersatzeinkommen** in Höhe von netto _____ EUR

(bitte entsprechende Nachweise beifügen)

☐ Krankengeld

☐ Krankentagegeld einer privaten Versicherung

☐ Leistungen der Agentur für Arbeit (zum Beispiel Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld)

☐ Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (ohne Hinterbliebenenrente), Altersgeld, Pension

G0160-00 DRV
V017 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **1.3**

☐ Einkünfte aus betrieblicher oder privater Versicherung (zum Beispiel Betriebsrente, Rente aus privaten Lebensversicherungen oder Rentenversicherungen, Renten der privaten Unfallversicherung, öffentlich-rechtliche Zusatzversorgungen)

☐ Elterngeld

☐ Sonstiges (zum Beispiel Verletztenrente der gesetzlichen Unfallversicherung)

1.4 ☐ **Leistungen zur Grundsicherung** nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches - Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) - zum Beispiel **Arbeitslosengeld II** (Angaben zu Ziffern 2 bis 4 sind nicht erforderlich)

1.5 ☐ **Hilfe zum Lebensunterhalt** (Sozialhilfe) oder **Leistungen zur Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung** nach dem SGB XII (Angaben zu Ziffern 2 bis 4 sind nicht erforderlich)

1.6 ☐ **kein Erwerbseinkommen oder Erwerbsersatzeinkommen** (Angaben zu Ziffern 2 bis 4 sind nicht erforderlich)

2 Angaben zu Kindern

2.1 Ich habe ein

☐ leibliches Kind / Adoptivkind. ☐ Pflegekind / Stiefkind und lebe mit ihm in häuslicher Gemeinschaft.

Name, Vorname des jüngsten Kindes	Geburtsdatum

2.2 Für mein Kind / eines meiner Kinder besteht ein Anspruch auf Kindergeld:

☐ nein ☐ ja

Zahlstelle

Aktenzeichen

Voraussichtliches Ende des Kindergeldanspruches

Bei volljährigen Kindern bitte Nachweis über den Anspruch auf Kindergeld beifügen.

3 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

(Angaben sind nicht erforderlich, wenn Ziffer 2.2 mit "ja" beantwortet wurde)

3.1 Ich lebe mit meinem Ehegatten / Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes in häuslicher Gemeinschaft

☐ nein ☐ ja

3.2 Weil ich pflegebedürftig bin, kann mein Ehegatte / Lebenspartner eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben (bitte entsprechende Nachweise beifügen)

☐ nein ☐ ja

3.3 Mein Ehegatte / Lebenspartner bedarf selbst der Pflege (bitte entsprechende Nachweise beifügen)

☐ nein ☐ ja

3.4 Mein Ehegatte / Lebenspartner hat Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung

☐ nein ☐ ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

4 Angaben zu bereits geleisteten Zuzahlungen

4.1 Ich befand mich in diesem Kalenderjahr in Krankenhausbehandlung und / oder nahm an einer stationären Rehabilitationsleistung teil

vom - bis

☐ nein ☐ ja _____

4.2 Ich habe für die zuvor genannten Aufenthalte eine Zuzahlung geleistet (bitte entsprechende Nachweise beifügen)

vom - bis

☐ nein ☐ ja _____

4.3 Ich hatte für die zuvor genannten Aufenthalte keine Zuzahlung zu leisten, weil die Belastungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht wurde oder wegen einer bereits geleisteten Vorauszahlung (bitte entsprechende Nachweise beifügen)

☐ nein ☐ ja

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers