

Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung und Angaben zur Festsetzung des Übergangsgeldes

Name, Vorname des Versicherten	Versicherungsnummer
Thomas Sonntag	5 7 3 8 9 7 1 2 3 1 4 3
Straße, Postleitzahl, Wohnort	
Güterbahnhofstraße 4	
Name, Vorname des Familienangehörigen	Geburtsdatum
Ute Sonntag	2 0 0 2 1 9 5 6

Ich nehme zur Kenntnis, dass die von mir angeforderten personenbezogenen Daten (Sozialdaten) unter Beachtung der Vorschriften zum Schutz der Sozialdaten nach Maßgabe des Sozialgesetzbuch – (SGB X) – erhoben, verarbeitet und genutzt werden; dies gilt auch für ihre etwaige Übermittlung an Dritte. Die Beantwortung der Fragen ist zur Entscheidung über den Antrag nach dem SGB VI erforderlich.

Sofern Sie in einem Arbeitsverhältnis stehen, bitten wir Sie daher **zuerst** die nachstehende Bescheinigung Ihres Arbeitgebers einzuholen und erst danach die weiteren Fragen zu beantworten. **Bitte teilen Sie Ihrem Arbeitgeber mit, in welchem Monat Sie den Antrag gestellt haben.**

Wir bestätigen, dass die Kenntnis der erfragten Daten zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich ist; sie werden nach §§ 67 a Abs. 2 Nr. 2 a, 98 SGB X erhoben. Danach sind Sie zur Erteilung der Auskunft verpflichtet.

Bescheinigung des Arbeitgebers über das ausgezahlte Netto-Barentgelt* im Monat vor der Antragstellung für oben genannten Arbeitnehmer.

Für die Zeit

vom/bis
2018bis2020

wurde ein **Nettoentgelt*** ausbezahlt

in Höhe von

241,00 EUR

* Das Netto-Barentgelt ist das um die gesetzlichen Lohnabzüge verminderte Brutto-Barentgelt einschließlich lohnsteuerfreier Zuschläge und Sonderzahlungen (z. B. steuerfreie Nachtarbeitszuschläge, Arbeitnehmersparzulagen etc.) ohne einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (z. B. Urlaubsabgeltungen, Gratifikationen, Gewinnbeteiligungen etc.) und ohne Kindergeld.

Wurde im obigen Lohnabrechnungszeitraum für einen Arbeitsausfall wegen Kurzarbeit/witterungsbedingtem Arbeitsausfall KUG/ Überbrückungsgeld verauslagt?

☐ nein ☒ ja

von 241,00 EUR

Koblenz, 20.02.2002

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Die monatlichen **Netto-Einnahmen** des Versicherten zum Zeitpunkt des Reha-Antrages setzen sich wie folgt zusammen:
(bitte entsprechende Nachweise beifügen)

	monatlich EUR (netto)
1. Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit (bitte Bescheinigung des Steuerberaters beifügen):	231,00
2. Renten, Pensionen, Unterhaltszahlungen:	1.244,00
3. Sonstige Einnahmen (z. B. Einkommen aus betrieblicher oder privater Versicherung):	3.212,00
Monatliche Gesamteinnahmen:	4.687,00

Angaben über bereits geleistete Zuzahlung

Fand bereits im **laufenden** Kalenderjahr ein stationärer Krankenhausaufenthalt, für den Sie eine Zuzahlung geleistet haben, statt?
vom - bis

☒ ja ☐ nein

(bitte Nachweis beifügen)

Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

1. Haben Sie ein oder mehrere Kinder im Sinne von § 32 Abs. 1 EStG? (Erläuterung siehe Vorderseite)

Wenn ja, bitten wir folgende Angaben zu machen:

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Verhältnis des Kindes zum Versicherten (z. B. eheliches Kind, Stiefkind, usw.)?	Kindergeldanspruch besteht
Thomas Sonntag	23.12.2000	eheliches Kind	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ute Sonntag	31.12.2000	eheliches Kind	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein