

Informationen zum Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung

Sehr geehrte Antragstellerin / Sehr geehrter Antragsteller,

Sie haben grundsätzlich für jeden Kalendertag der stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation eine Zuzahlung in Höhe von 10 EUR zu leisten, längstens jedoch für 42 Tage im Kalenderjahr.

Schließt die stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung an (zum Beispiel Anschlussrehabilitation), haben Sie für längstens 14 Tage eine Zuzahlung zu leisten. Als unmittelbar gilt dabei auch, wenn die Rehabilitationsleistung innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.

Wir prüfen, ob von Ihnen im Kalenderjahr bereits geleistete Zuzahlungen an eine gesetzliche Krankenkasse oder an einen Rentenversicherungsträger auf Ihre Zuzahlung angerechnet werden können. Die Tage eines vorhergehenden Krankenhausaufenthaltes werden auch dann angerechnet, wenn Sie wegen Erreichens der Belastungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung oder wegen einer an die gesetzliche Krankenkasse geleisteten (Zuzahlungs-)Vorauszahlung von der Zuzahlung für den Krankenhausaufenthalt befreit waren. Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise ein.

Bei ambulanten (auch ganztägigen) Rehabilitationsleistungen, Rehabilitationsleistungen für Kinder und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht keine Zuzahlungspflicht.

Die Zuzahlungspflicht entfällt außerdem,

- wenn Sie bei der Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- für die Tage, für die Sie Übergangsgeld erhalten, sofern Sie nicht neben dem Übergangsgeld zusätzlich Erwerbseinkommen beziehen,
- wenn Sie Arbeitslosengeld II, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Leistungen zur Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches - Sozialhilfe (SGB XII) - erhalten.

Werden Sie durch die Zuzahlung unzumutbar belastet, können wir Sie auf Antrag vollständig oder teilweise von der Zuzahlung befreien.

Eine unzumutbare Belastung liegt nach den Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung in folgenden Fällen vor:

1. Sie haben weder Erwerbseinkommen noch Erwerbsersatzeinkommen (zum Beispiel Krankengeld, Arbeitslosengeld, Rente, Pension). In diesem Fall ist keine Zuzahlung zu leisten (bitte beachten Sie aber nachfolgende Ziffer 4).
2. Ihr monatliches Nettoerwerbseinkommen oder Erwerbsersatzeinkommen liegt unter dem Betrag von 1.051 EUR (Wert des Jahres 2012) oder unter 1.079 EUR (Wert des Jahres 2013). Erwerbseinkommen und Erwerbsersatzeinkommen werden zusammengerechnet. In diesem Fall ist keine Zuzahlung zu leisten.
3. Ihr monatliches Nettoerwerbseinkommen oder Erwerbsersatzeinkommen erreicht oder übersteigt allein oder zusammen den Betrag von 1.051 EUR (Wert des Jahres 2012) oder 1.079 EUR (Wert des Jahres 2013) und
 - Sie haben ein leibliches Kind, ein Adoptivkind, ein Pflegekind oder ein Stiefkind unter 18 Jahren (nicht Enkel oder Geschwister, auch wenn diese im Haushalt aufgenommen sind) oder
 - Sie haben eines der oben genannten Kinder, welches das 18. Lebensjahr vollendet hat und für das noch Anspruch auf Kindergeld besteht oder
 - Ihr Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, mit dem Sie in häuslicher Gemeinschaft leben, kann eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben, weil er Sie pflegt oder selbst der Pflege bedarf und kein Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung besteht.

In diesem Fall kann der tägliche Zuzahlungsbetrag je nach Höhe Ihres monatlichen Nettoerwerbseinkommens und Erwerbsersatzeinkommens entsprechend der nachfolgenden Tabelle ermäßigt werden.

Zuzahlungstabelle bei Antragstellung im Jahr 2012

Monatliches Nettoeinkommen	Tägliche Zuzahlung
unter 1.051 EUR	keine Zuzahlung
ab 1.051 EUR	8,50 EUR
ab 1.080 EUR	9 EUR
ab 1.140 EUR	9,50 EUR
ab 1.200 EUR	10 EUR

Zuzahlungstabelle bei Antragstellung im Jahr 2013

Monatliches Nettoeinkommen	Tägliche Zuzahlung
unter 1.079 EUR	keine Zuzahlung
ab 1.079 EUR	8,50 EUR
ab 1.080 EUR	9 EUR
ab 1.140 EUR	9,50 EUR
ab 1.200 EUR	10 EUR

4. Sofern Sie eine stationäre Leistung zur onkologischen Rehabilitation aus der Versicherung Ihres Ehegatten oder Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes erhalten, sind die Einkommensverhältnisse Ihres Ehegatten oder Lebenspartners für die Entscheidung über die Befreiung von der Zuzahlung ausschlaggebend.

Erläuterungen zum Antragsformular G160 - Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Ziffer 2 Angaben zu Kindern

Anzugeben sind Kinder im Sinne des § 32 Absatz 1 und 3 bis 5 Einkommensteuergesetz (EStG) sowie Stiefkinder.

Anzugeben sind somit

- leibliche Kinder (eheliche, nichteheliche Kinder),
- Adoptivkinder,
- Pflegekinder (Personen, mit denen der Versicherte durch ein familienähnliches, auf längere Dauer berechnetes Band verbunden ist, sofern er sie nicht zu Erwerbszwecken in seinen Haushalt aufgenommen hat und das Obhutsverhältnis und Pflegeverhältnis zu den Eltern nicht mehr besteht) und
- Stiefkinder, wenn sie in den Haushalt der Versicherten / des Versicherten aufgenommen wurden.

Enkel und Geschwister des Versicherten, auch wenn sie in dessen Haushalt aufgenommen sind und ein Betreuungsverhältnis und Erziehungsverhältnis familienhafter Art besteht, werden den in § 32 Absatz 1 EStG genannten Kindern **nicht** gleichgestellt.

Ziffern 3.2 und 3.3 Nachweis der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit ist in jedem Einzelfall nachzuweisen. Die Pflegebedürftigkeit wird insbesondere nachgewiesen durch Vorlage eines

- Bescheides über die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung des Elften Buches des Sozialgesetzbuches - Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) -,
- Bescheides über die Bewilligung von Pflegezulage oder Pflegegeld zum Beispiel nach dem Bundesversorgungsgesetz oder dem SGB XII,
- Schwerbehindertenausweises mit der Zusatzbezeichnung "H" (hilflos) oder "Bl" (blind),
- amtsärztlichen Gutachtens.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt)
-------------------------	-------------------------------------

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

G160

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 Erwerbseinkommen

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

1.1 als Arbeitnehmer **Entgelt**

Die Höhe des Entgeltes ist im Formular G161 von meinem Arbeitgeber bescheinigt. Bei mehreren - auch geringfügigen - Beschäftigungsverhältnissen sind Bescheinigungen aller Arbeitgeber erforderlich.

Fordern Sie bitte in diesem Fall weitere Formulare G161 bei uns an.

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

Erhalten 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 **Erwerbseinkommen** 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
- 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)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

- 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)

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

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:

Zahlstelle

nein ja

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)

4 Angaben zu bereits geleisteten Zuzahlungen

<p>4.1 Ich befand mich in diesem Kalenderjahr in Krankenhausbehandlung und / oder nahm an einer stationären Rehabilitationsleistung teil vom - bis</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p>
<p>4.2 Ich habe für die zuvor genannten Aufenthalte eine Zuzahlung geleistet (bitte entsprechende Nachweise beifügen) vom - bis</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p>
<p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p>

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers