

Звільнення від франшизи на 2022 рік



Прізвище та ім'я члена

(відповідно до свідоцтва про народження/посвідчення особи)

Адреса

Страховий номер

ВІДОМОСТІ ПРО СПІЛЬНЕ ДОМОГОСПОДАРСТВО: НЕОБХІДНО ЗАПОВНИТИ ПОВНІСТЮ І ДОДАТИ ПІДТВЕРДЖУВАЛЬНІ ДОКУМЕНТИ

Сімейний стан:

- не одружений(незаміжня) одружений(заміжня) розлучений(-на) з _____ роздільно проживає з _____
 вдівець(вдова) зареєстроване громадянське партнерство (одностатеве)

	Член лікарняної каси	Чоловік/дружина	Дитина	Дитина
Прізвище				
Ім'я				
Дата народження				
Назва лікарняної каси	BKK-VBU			
Ведеться спільне домогосподарство?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чи є хронічне захворювання?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чи є потреба в догляді (починаючи з 3-го ступеню потреби в догляді), чи є у вас група інвалідності (GdB) або зниження працездатності (MdE) щонайменше на 60%?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОХІД: НЕОБХІДНО ЗАПОВНИТИ ПОВНІСТЮ І ДОДАТИ ПІДТВЕРДЖУВАЛЬНІ ДОКУМЕНТИ

Я або мій чоловік/моя дружина мешкаю/мешкає в будинку для громадян похилого віку та інвалідів і відомство соціального забезпечення надає нам кишенькові гроші (я переуступив(-ла) свою пенсію та/або інші доходи відомству соціального забезпечення).

Так Ні

	Член лікарняної каси	Чоловік/дружина	Дитина	Дитина
Доходи від трудової діяльності за наймом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Доходи від самозайнятості	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Допомога по безробіттю I та II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Допомоги, що компенсують втрату зарплати (наприклад, допомога в разі хвороби або матеріальна допомога для незаможних осіб, які навчаються на курсах перекваліфікації)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пенсія	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Доходи у вигляді раніше отриманої допомоги та пільг із соціального забезпечення (пенсія від підприємства)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Доходи від капітального майна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Доходи від капітального майна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інші доходи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Підтверджую правильність вказаної інформації. Зобов'язуюсь відразу повідомити в разі виникнення змін. Це стосується, зокрема, змін щодо моїх доходів / членів моєї сім'ї, або якщо ми не будемо більше вести спільне домогосподарство.

- Суму за передплату використати Суму відшкодувати

Власник рахунку:

Назва банку:

IBAN:

BIC:



Місце, дата

Підпис члена лікарняної каси

Номер телефону (Добровільна заява)

Звільнення від франшизи

Інструкції щодо заповнення запиту на звільнення від франшизи

Які члени родини можуть враховуватись?

Членом родини, який враховується, вважається чоловік (дружина) або громадянський партнер відповідно до Закону Німеччини про зареєстровані громадянські партнерства, який(яка) проживає разом із членом лікарняної каси в одному домогосподарстві. Також враховуються чоловіки/дружини/громадянські партнери, передбачені Законом Німеччини про зареєстровані громадянські партнерства, якщо вони тривалий час перебувають у стаціонарному закладі догляду, в якому надається обслуговування відповідно до §43 Кодексу соціального права SGB XI, або у стаціонарному закладі допомоги інвалідам, у якому надається обслуговування відповідно до §43а Кодексу соціального права SGB XI. Діти враховуються, якщо вони молодші 18 років або на них поширюється сімейна страховка.

Які документи приймаються для підтвердження самостійної оплати витрат?

- ▶ Квитанції про самостійну оплату медикаментів (в своїй аптеці можна запросити єдину квитанцію за весь календарний рік).
- ▶ Документи, що підтверджують самостійну оплату лікувальних та допоміжних засобів, обслуговування у лікарні, витрат на проїзд та ін.
- ▶ Рахунки-фактури та виписки з банківського рахунку, що підтверджують самостійну оплату франшизи, якщо пред'явлення квитанції неможливе.

Зверніть увагу, що на всіх виправдувальних/підтверджуючих документах має бути зазначене прізвище та ім'я застрахованого. Їх не обов'язково надавати нам в оригіналі. Досить добре розбірливої копії.

Які доходи потрібно вказувати і які потрібні документи для підтвердження?

Річний валовий дохід включає в себе всі доходи за календарний рік, за рахунок яких оплачується життєзабезпечення. До них відносяться, поряд з іншим:

- ▶ трудовий дохід від самозайнятості/роботи за вільною професією, а також від сільського і лісового господарства;
- ▶ оплата праці (заробітна плата), включаючи граничну зайнятість та разові виплати (різдвяні премії, додаткові виплати до відпустки, інші премії);
- ▶ пенсії, що виплачуються в рамках обов'язкового пенсійного страхування (наприклад, пенсія за старістю, вдовина пенсія, пенсія вдівця, пенсія за інвалідністю), обов'язкового страхування від нещасного випадку, приватного страхування життя, пенсійними касами та додатковими пенсійними касами;
- ▶ доходи від оренди та/або здачі в найм;
- ▶ доходи від участі в капіталі (наприклад, відсотки за ощадними внесками або з інших капіталовкладень);
- ▶ допомоги, що компенсують втрату зарплати, наприклад, допомога по безробіттю I, матеріальна допомога для незаможних осіб, які навчаються на курсах перекваліфікації, допомога в разі хвороби, допомога по догляду за дитиною, одноразова грошова допомога, допомога по тимчасовій непрацездатності внаслідок захворювання або травми, допомога по тимчасовій неповній зайнятості, допомога в разі неплатоспроможності роботодавця, допомога у зв'язку з вагітністю та пологами;
- ▶ інші доходи (наприклад, допомога на придбання житла сім'ям з дітьми, соціальні послуги для базового забезпечення, допомога на життєзабезпечення, допомога по безробіттю II, натуральна допомога [харчування, житло/помешкання і т.п.], аліменти).

Важлива вказівка

Враховується лише встановлена законом франшиза для медичного страхування. Не враховується частка власної участі в оплаті, наприклад, ортопедичного взуття, приватних рецептів та додаткових витрат, у яких немає потреби з медичної точки зору. Також не визнається самостійна оплата франшизи, яка покривається іншими організаціями соціального страхування, та частка власної участі в оплаті стоматологічного протезування.