

Informationen zum Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

Sie haben grundsätzlich für jeden Kalendertag der stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation eine Zuzahlung in Höhe von 10,00 Euro 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 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 Krankenversicherung oder wegen einer an die 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 erhalten.

Unter Tage Beschäftigte des Bergbaus werden von der Zuzahlungspflicht teilweise befreit.

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 995,00 Euro (Wert des Jahres 2008) oder unter 1009,00 Euro (Wert des Jahres 2009). 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 995,00 Euro (Wert des Jahres 2008) oder 1009,00 Euro (Wert des Jahres 2009) und
 - Sie haben ein leibliches Kind, ein Adoptivkind oder ein Pflegekind unter 18 Jahren (nicht Stiefkinder, 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 2008

Monatliches Nettoeinkommen	Tägliche Zuzahlung
unter 995,00 Euro	keine Zuzahlung
ab 995,00 Euro	8,00 Euro
ab 1.020,00 Euro	8,50 Euro
ab 1.080,00 Euro	9,00 Euro
ab 1.140,00 Euro	9,50 Euro
ab 1.200,00 Euro	10,00 Euro

Zuzahlungstabelle bei Antragstellung im Jahr 2009

Monatliches Nettoeinkommen	Tägliche Zuzahlung
unter 1.009,00 Euro	keine Zuzahlung
ab 1.009,00 Euro	8,00 Euro
ab 1.020,00 Euro	8,50 Euro
ab 1.080,00 Euro	9,00 Euro
ab 1.140,00 Euro	9,50 Euro
ab 1.200,00 Euro	10,00 Euro

- 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.
- 5 Arbeitnehmer des Bergbaus werden von der Zuzahlungspflicht teilweise befreit, wenn sie im Zeitpunkt der Antragstellung ständige Arbeiten unter Tage oder diesen gleichgestellte Arbeiten verrichten und einen Anspruch auf Bergmannsprämie haben. Die Befreiung erfolgt in der Höhe, in der dieser Personenkreis durch den Wegfall der Bergmannsprämie während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation belastet wird.

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 Abs. 1 und 3 bis 5 Einkommensteuergesetz (EStG).

Dies sind

- leibliche Kinder (eheliche, nichteheliche Kinder),
- Adoptivkinder und
- Pflegekinder (dies sind Personen, die mit dem Versicherten durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind und das Obhutsverhältnis und Pflegeverhältnis zu den leiblichen Eltern nicht mehr besteht).

Stiefkinder, 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 Abs. 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 (SGB XI),
- Bescheides über die Bewilligung von Pflegezulage oder Pflegegeld zum Beispiel nach dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII),
- Schwerbehindertenausweises mit der Zusatzbezeichnung "H" (hilfflos) oder "Bl" (blind),
- amtsärztlichen Gutachtens.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Deutsche Rentenversicherung

2 Angaben zu Kindern

2.1 Ich habe ein

leibliches Kind / Adoptivkind. Pflegekind 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 _____

3 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

3 (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

nein ja Bitte entsprechende Nachweise beifügen!

3.3 Mein Ehegatte / Lebenspartner bedarf selbst der Pflege

nein ja Bitte entsprechende Nachweise beifügen!

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

nein ja

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

vom - bis

nein ja Bitte entsprechende Nachweise beifügen!

4.3 Ich hatte für die zuvor genannten Aufenthalte keine Zuzahlung zu leisten, weil die Belastungsgrenze in der Krankenversicherung erreicht wurde oder wegen einer bereits geleisteten Vorauszahlung

nein ja Bitte entsprechende Nachweise beifügen!

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers