

Dieser Antrag ist nur zu stellen, soweit die Höhe der Zuzahlungsbefreiung für Medikamente etc. die Belastungsgrenze von 1 % bzw. 2 % der Regelbedarfsstufe 1 bei der Krankenkasse für das beantragte Jahr noch nicht erreicht ist.

Kreis Siegen-Wittgenstein
Sozialamt
Koblenzer Straße 73
57072 Siegen

**Antrag auf darlehnsweise Gewährung von Zuzahlungen für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner gemäß § 37 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)
hier: Befreiungsbescheinigung für das Jahr _____**

Daten der Antragstellerin/ des Antragstellers:

Name, Vorname:

Straße & Hausnr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

VersicherungsNr.

Daten der Krankenkasse:

Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Ich bin damit einverstanden, dass der Kreis Siegen-Wittgenstein die von mir zu leistenden Zuzahlungen ab dem Jahr _____ in Form eines ergänzenden Darlehns übernimmt, an meine Krankenkasse überweist und von meinem monatlichen Barbetrag ein Zwölftel des Darlehns monatlich einbehält. Sofern kein Anspruch mehr auf Leistungen der Hilfe zur Pflege bestehen sollte, ist der noch offene Betrag aus dem Darlehen zurückzuzahlen.

Datum, Unterschrift

(bitte Unterschrift der/des Antragsteller/in oder Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r)