

**HEK  
Leistungszentrum  
22039 Hamburg**

**Tipp: schnell und sicher über unsere HEK  
Service-App zurücksenden**

**Vorauszahlungsantrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für das Jahr 2025**

|               |                    |
|---------------|--------------------|
| Name, Vorname | Versichertennummer |
|---------------|--------------------|

**Familienstand**

ledig, geschieden, verwitwet    
  verheiratet    
  getrennt lebend    
  Kinder, Anzahl \_\_\_\_\_

**Personendaten**

|                                | Mitglied | Ehepartner/<br>Lebenspartner                              | Kind  | Kind  | Kind  |
|--------------------------------|----------|---|---|---|---|
| Name                           |          |   |   |   |   |
| Vorname                        |          |   |   |   |   |
| Geburtsdatum                   |          |   |   |   |   |
| Krankenkasse                   |          |   |   |   |   |
| Im gemeinsamen Haushalt lebend |          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

**Monatliche Bruttoeinnahmen für Sie und die in Ihrem Haushalt lebenden Angehörigen**  
 Beispiele und Erläuterungen zu den Einnahmearten finden Sie im Informationsblatt. Bitte fügen Sie Einkommensnachweise in Kopie bei.

|                                 | Mitglied | Ehepartner/<br>Lebenspartner | Kind | Kind | Kind |
|---------------------------------|----------|------------------------------|------|------|------|
| Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen |          |                              |      |      |      |
| Entgeltersatzleistungen         |          |                              |      |      |      |
| Renten und Pensionen            |          |                              |      |      |      |
| Sozialleistungen                |          |                              |      |      |      |
| Sonstige Einnahmen              |          |                              |      |      |      |

**Für Sie und/oder ein Familienmitglied**

besteht eine chronische Erkrankung.  
 Bitte fügen Sie eine ärztliche Bescheinigung (Muster 55) bei.  
 Ein Nachweis ist nicht erforderlich, wenn bereits eine Teilnahme am DMP-Programm erfolgt oder wenn bereits im Vorjahr einer Vorauszahlung ein Pflegegrad 3-5 vorgelegen hat.

werden Leistungen zur Unterbringung im Heim von einem Träger der Sozialhilfe, Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung oder Pflegegeld gezahlt.  
 Bitte beachten Sie dazu die Erläuterung im Informationsblatt und senden Sie Kopien von Bescheiden mit.

**Meine Angaben sind richtig und vollständig. Kopien von Einkommensnachweisen, sowie erforderliche Bescheinigungen und Bescheide füge ich bei. Sofern Änderungen eintreten, informiere ich Sie.**

|       |              |         |
|-------|--------------|---------|
| Datum | Unterschrift | Telefon |
|-------|--------------|---------|

Ab dem 15. Geburtstag können Anträge auf Sozialleistungen gestellt werden. Ansonsten benötigen wir die Unterschrift der gesetzlich vertretenden Person. Die Angabe der persönlichen Daten ist aufgrund der §§ 61, 62 und 284 Sozialgesetzbuch V erforderlich. Ihre Daten werden geschützt.