

Erklärung zur Bereitstellung eines Darlehens gem. § 37 SGB XII für Zuzahlungen bis zur Höhe der jährlichen Belastungsgrenze nach § 62 SGB V

Leistungsberechtigter:

Name: _____

Vorname: _____

geb.: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

AKZ: _____

- Der Zuzahlungsbetrag wird bis auf Widerruf selbst übernommen.
- Ich möchte für das folgende Kalenderjahr das sozialhilferechtliche Darlehen für die Zuzahlung bis zur Höhe meiner jährlichen Belastungsgrenze nach § 62 SGB V in Anspruch nehmen. Dies soll auch für die folgenden Kalenderjahre solange gelten, bis ich einer weiteren Darlehensgewährung widerspreche.

Die benötigten Daten meiner Krankenkasse lauten:

Name der Krankenkasse	
Ort der Geschäftsstelle	
Anschrift der o. g. Krankenkasse	
Versicherungsnummer lt. Karte	

Ich habe von meiner Krankenkasse die Einstufung

- als „schwerwiegend chronisch krank“ (Belastungsgrenze 1% des 12-fachen Eckregelsatzes)
- als „schwerwiegend chronisch krank“ (Belastungsgrenze 2% des 12-fachen Eckregelsatzes) erhalten.

Eine Kopie der schriftlichen und derzeit gültigen Einstufung meiner Krankenkasse ist dieser Erklärung beigelegt.

Ich bin darüber informiert, dass dieses Darlehen durch Kürzung meines Barbetrages/Taschengeldes bis zum Ende des Kalenderjahres, für welches eine Darlehensgewährung erfolgt, getilgt wird.

Unterschrift der Person für die das Darlehen oder (ggf. Unterschrift des gesetzlichen Betreuers) zur Verfügung gestellt werden soll