



Antrag auf Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühren

Form fields for Familienname(n), Vorname(n), and Versicherungsnummer (Tag, Monat, Jahr).

Form field for Anschrift (Address).

Form fields for Familienstand (Family status) and Telefonnummer (Phone number).

Form fields for Nettoeinkommen (Net income) and Beziehen Sie ein Einkommen aus dem Ausland? (Do you have income from abroad?).

Form fields for Sonstige Einkommen (Other income), Sachbezüge (Benefits in kind), and Hilfe zum Lebensunterhalt (Social assistance).

Form fields for Land- und/oder forstwirtschaftlicher Besitz (Land and/or forestry assets).

Form fields for Unterhaltsleistung bei geschiedener bzw. aufrechter Ehe (Maintenance in divorced or intact marriage) and Schließen Sie bitte eine Kopie des Scheidungsurteiles... (Attach a copy of the divorce judgment...).

Sollten die obigen Punkte nicht zutreffen, ersuchen wir um Bekanntgabe, wovon Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten:

Form fields for Leben im gemeinsamen Haushalt noch andere Personen? (Living in a common household with other persons?) and Zutreffendenfalls Angaben über alle Personen: (Where applicable, details for all persons:).

Table with 4 columns: Name (in Blockschrift), Verwandtschaftsverhältnis bzw. Lebensgefährte/-in, und/oder Mitbewohner/-in, Versicherungsnummer (Geburtsdatum), and Nettoeinkommen der angeführten Personen: Pension, Gehalt/Lohn, Rente, bewirtschafteter oder übergebener landw. Besitz etc.

Sämtliche Einkommensnachweise (Kopien) sind dem Antrag beizuschließen!

Alimentations-/Unterhaltsverpflichtung

(Nachweise sind beizuschließen)

für Kinder €für EhegattIn €

Leiden Sie oder einer Ihrer Angehörigen an einer Krankheit (Gebrechen), durch die besondere Kosten erwachsen ? Wenn ja:

Name und Geburtsdatum der erkrankten Person: _____

Angabe der Krankheit (des Gebrechens): _____

Wie viele Medikamente (Packungen) werden durchschnittlich monatlich vom Arzt verordnet ? _____

Ich erkläre, dass die Angaben richtig und vollständig sind.

Stellt sich nachträglich heraus, dass Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, nehme ich zur Kenntnis, dass ich der Kasse einen dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen habe.

Darüber hinaus bin ich verpflichtet, alle den Antrag betreffenden Änderungen unverzüglich der Kasse bekannt zu geben.

Datum_____
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers**Ärztliche Bestätigung**

Krankheiten, die zu einem erhöhten Medikamentenbedarf führen:

Art und Anzahl der monatlich benötigten Medikamentenpackungen:

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/desArztes**Wird von der Kasse ausgefüllt!****Anmerkung:**

Einkommen der/des Versicherten	€
Einkommen der/des Angehörigen	€
Summe des Einkommens	€
Richtsatz - Versicherte(r)	€
Erhöhungsbetrag für die Angehörigen	€
Zurechnungsbetrag gem. § 4 Abs. 1 Z. 3 der Richtlinien	€
Gesamtsumme	€
Differenz Richtsatz - Gesamteinkommen	€

Befreiung von der Rezeptgebühr: bewilligt abgelehnt

Befreiung gemäß § _____ der Richtlinien für die Zeit vom _____ bis _____

Datum, Stempel und Unterschrift der Bearbeiterin/des Bearbeiters