Formular drucken | Lokales Speichern | Formular zurücksetzen

Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Josef Pongratz-Platz 1, Postfach 900, 8011 Graz, Tel. (0316) 80 35-0, www.stgkk.at

Antrag auf Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühren

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)	**Vorname**	Versicherungsnummer Lfd. Nr. Tag, Monat, Jahr

Anschrift

Familienstand
ledig ☐ verheiratet ☐ verheiratet, aber getrennt lebend ☐
Lebensgemeinschaft ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐
eingetragene Partnerschaft ☐ aufgelöste Partnerschaft ☐
eingetragene Partnerschaft, aber getrennt lebend ☐

Telefonnummer (für eventuelle Rückfragen)

Nettoeinkommen im Monat vor der Antragstellung
Pension, Rente ☐ Gehalt/Lohn ☐ Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung ☐ €
Kranken/Wochengeld ☐ Kinderbetreuungsgeld ☐ Dienstvertrag, Werkvertrag ☐ €

Beziehen Sie ein Einkommen aus dem Ausland ? ☐ €

Sonstige Einkommen (z.B. Vermietung) ☐ €
Sachbezüge (z.B. freie Wohnung, freie Kost) ☐ €
Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) ☐ €

Land- und/oder forstwirtschaftlicher Besitz
Selbstbewirtschaftung ☐ Einheitswert €
Zu- und/oder Verpachtung ☐ Einheitswert €
Übergabe, Verkauf, Schenkung (am) ☐

Unterhaltsleistung bei aufrechter bzw. geschiedener Ehe ☐ €
Unterhaltsleistung bei eingetragener bzw. aufgelöster Partnerschaft ☐ €
Schließen Sie bitte eine Kopie des Scheidungs-/Auflösungsurteiles, der Vergleichsausfertigung, des Gerichtsbeschlusses oder der Unterhaltsvereinbarung, aus dem dies ersichtlich ist, bei.

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

Leben im gemeinsamen Haushalt noch andere Personen ? ☐
Zutreffendenfalls Angaben über **alle** Personen:

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

Sämtliche Einkommensnachweise (Kopien) sind dem Antrag beizuschließen !

Jetform L 68 - 07/2010 DVR:0023990

Alimentations-/Unterhaltsverpflichtung
(Nachweise sind beizuschließen)

für ☐ Kinder ☐ € ,
Ehegattin/Ehegatte ☐ € ,
eingetragene(r) Partner(in) ☐ € ,

Leiden Sie oder eine/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 Medikamentenpackungen werden durchschnittlich monatlich ärztlich verordnet ?

Sollte sich der Bedarf an Dauermedikamenten in den letzten 2 Monaten vor der Antragstellung deutlich erhöht haben, lassen Sie dies am Antrag ärztlich bestätigen.

Vermerke:

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, Änderungen meiner Angaben (z.B. Familienstand, Einkommen) unverzüglich der Kasse bekannt zu geben.

Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

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