



Antrag auf Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühren

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | | | |
|--|--|--|--|
| Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen) | | Vorname | Versicherungsnummer 10-stlg. Lfd. Nr. Tag Monat Jahr |
| Adresse | | | |
| Familienstand ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verheiratet, aber getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft, aber getrennt lebend <input type="checkbox"/> | | Telefonnummer (für eventuelle Rückfragen) | |
| Nettoeinkommen im Monat vor der Antragstellung | | | |
| Pension, Rente <input type="checkbox"/> Gehalt/Lohn <input type="checkbox"/> Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung <input type="checkbox"/> | | € | |
| Kranken-/Wochen-/Rehabilitationsgeld <input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> | | € | |
| Beziehen Sie ein Einkommen aus dem Ausland? | | <input type="checkbox"/> € | |
| Sonstige Einkommen (z.B. Vermietung) | | <input type="checkbox"/> € | |
| Sachbezüge (z.B. freie Wohnung, freie Kost) | | <input type="checkbox"/> € | |
| Hilfe zum Lebensunterhalt (Mindestsicherung, Sozialhilfe) | | <input type="checkbox"/> € | |
| Land- und forstwirtschaftlicher Besitz | | | |
| Selbstbewirtschaftung | | <input type="checkbox"/> Einheitswert € | |
| Zu- und/oder Verpachtung | | <input type="checkbox"/> Einheitswert € | |
| Übergabe, Verkauf, Schenkung (am | | <input type="checkbox"/> | |
| Erhaltene Unterhaltsleistung bei aufrechter bzw. geschiedener Ehe | | <input type="checkbox"/> € | |
| Erhaltene Unterhaltsleistung bei eingetragener bzw. aufgelöster Partnerschaft | | <input type="checkbox"/> € | |
| Erhaltene Unterhaltsleistung der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten | | <input type="checkbox"/> € | |
| 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: | | | |
| Alimentations-/ Unterhaltsverpflichtung | | für Kind(er) <input type="checkbox"/> € | |
| | | für Ehegattin/Ehegatten <input type="checkbox"/> € | |
| | | für eingetragene(n) Partner(in) <input type="checkbox"/> € | |
| | | der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten <input type="checkbox"/> € | |

Sämtliche Einkommens-, Alimentations- und Unterhaltsnachweise (Kopien) sind dem Antrag beizuschließen!

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

| Name (in Blockschrift) | Verwandtschafts- verhältnis bzw. Lebens- gefährte/-in und/oder Mitbewohner/-in | Versicherungs- nummer (Geburtsdatum) | Nettoeinkommen der angeführten Personen: Pension, Gehalt/Lohn, Rente, bewirtschafteter oder übergebener landw. Besitz, etc. |
|---------------------------|---|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Wie viele Medikamentenpackungen werden im Durchschnitt pro Monat 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 Angehörige | € |
| 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