



Antrag auf Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühren

Familiename(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer	
		Tag, Monat, Jahr	
Anschrift			
Familienstand <i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i> <input checked="" type="checkbox"/> 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"/>		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"/> € Krankengeld <input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld <input type="checkbox"/> Dienstvertrag, Werkvertrag <input type="checkbox"/> € Beziehen Sie ein Einkommen aus dem Ausland ? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> €			
Sonstige Einkommen (z.B. Vermietung) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> € Sachbezüge (z.B. freie Wohnung, freie Kost) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> € Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> €			
Land- und/oder forstwirtschaftlicher Besitz Selbstbewirtschaftung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Einheitswert € Zu- und/oder Verpachtung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Einheitswert € Übergabe, Verkauf, Schenkung (am) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Unterhaltsleistung bei geschiedener Ehe Ist Ihr geschiedener Ehegatte Ihnen gegenüber unterhaltspflichtig ? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> € Schließen Sie bitte das Scheidungsurteil, die Vergleichsausfertigung oder den Gerichtsbeschluss (Kopie), 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 ? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Zutreffendenfalls Angaben über alle Personen:			
Name (in Blockschrift)	Verwandtschaftsverhältnis bzw. Lebensgefährte, und/oder Mitbewohner	Versicherungsnummer (Geburtsdatum)	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 des Versicherten	€
Einkommen des/der Angehörigen	€
Summe des Einkommens	€
Richtsatz - Versicherter	€
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(s) Bearbeiterin(s)