



Antrag auf Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühren

|   |            |  |                                       |
|---|------------|--|---------------------------------------|
| Familiename(n)  | Vorname(n) | Versicherungsnummer                              |                                       |
|   |            | Tag, Monat, Jahr                                 |                                       |
| Anschrift   |            |  |                                       |
| <b>Familienstand</b> <i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i> <input checked="" type="checkbox"/><br>ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verheiratet, aber getrennt lebend <input type="checkbox"/><br>Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/>  |            | <b>Telefonnummer</b> (für eventuelle Rückfragen) |                                       |
| <b>Nettoeinkommen</b> im Monat vor der Antragstellung<br>Pension, Rente <input type="checkbox"/> Gehalt/Lohn <input type="checkbox"/> Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung <input type="checkbox"/> € .....<br>Krankengeld <input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld <input type="checkbox"/> Dienstvertrag, Werkvertrag <input type="checkbox"/> € .....<br><b>Beziehen Sie ein Einkommen aus dem Ausland ?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> € ..... |            |  |                                       |
| <b>Sonstige Einkommen</b> (z.B. Vermietung)   |            | Ja <input type="checkbox"/>                      | Nein <input type="checkbox"/> € ..... |
| <b>Sachbezüge</b> (z.B. freie Wohnung, freie Kost)  |            | Ja <input type="checkbox"/>                      | Nein <input type="checkbox"/> € ..... |
| <b>Hilfe zum Lebensunterhalt</b> (Sozialhilfe)  |            | Ja <input type="checkbox"/>                      | Nein <input type="checkbox"/> € ..... |
| <b>Land- und/oder forstwirtschaftlicher Besitz</b><br>Selbstbewirtschaftung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Einheitswert € .....<br>Zu- und/oder Verpachtung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Einheitswert € .....<br>Übergabe, Verkauf, Schenkung (am ..... ) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>   |            |  |                                       |
| <b>Unterhaltsleistung bei geschiedener Ehe</b><br>Ist Ihr geschiedener Ehegatte Ihnen gegenüber unterhaltspflichtig ? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> € .....<br><b>Schließen Sie bitte das Scheidungsurteil, die Vergleichsausfertigung oder den Gerichtsbeschluss (Kopie), aus dem dies ersichtlich ist, bei.</b>   |            |  |                                       |

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

| <b>Leben im gemeinsamen Haushalt noch andere Personen ?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Zutreffendenfalls Angaben über <b>alle</b> Personen: |   |                                       |   |
|---|---|---------------------------------------|---|
| Name<br>(in Blockschrift)   | Verwandtschaftsverhältnis<br>bzw. Lebensgefährte,<br>und/oder Mitbewohner | Versicherungsnummer<br>(Geburtsdatum) | Nettoeinkommen der<br>angeführten Personen:<br>Pension, Gehalt/Lohn,<br>Rente, bewirtschafteter<br>oder übergebener<br>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)