



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 <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/Wochengeld <input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld <input type="checkbox"/> Dienstvertrag, Werkvertrag <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 (Sozialhilfe) <input type="checkbox"/> €				
Land- und/oder forstwirtschaftlicher Besitz				
Selbstbewirtschaftung		<input type="checkbox"/>	Einheitswert	€
Zu- und/oder Verpachtung		<input type="checkbox"/>	Einheitswert	€
Übergabe, Verkauf, Schenkung (am		<input type="checkbox"/>		
Unterhaltsleistung bei aufrechter bzw. geschiedener Ehe <input type="checkbox"/> €				
Unterhaltsleistung bei eingetragener bzw. aufgelöster Partnerschaft <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:

Leben im gemeinsamen Haushalt noch andere Personen ? <input type="checkbox"/>			
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 !

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