



**Antrag auf Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühren**

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

|  |                |  |                      |
|--|----------------|--|----------------------|
| <b>Familienname/Nachname</b><br>(auch alle früher geführten Namen)   | <b>Vorname</b> | Versicherungsnummer                              |                      |
|  |                | Lfd. Nr.   | Tag, Monat, Jahr     |
| <b>Anschrift</b>   |                |  |                      |
| <b>Familienstand</b><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"/><br>eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft <input type="checkbox"/><br>eingetragene Partnerschaft, aber getrennt lebend <input type="checkbox"/> |                | <b>Telefonnummer</b> (für eventuelle Rückfragen) |                      |
| <b>Nettoeinkommen</b> 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"/>  |                | € .....  |                      |
| <b>Beziehen Sie ein Einkommen aus dem Ausland ?</b>  |                | <input type="checkbox"/> € .....                 |                      |
| <b>Sonstige Einkommen</b> (z.B. Vermietung)  |                | <input type="checkbox"/> € .....                 |                      |
| <b>Sachbezüge</b> (z.B. freie Wohnung, freie Kost)   |                | <input type="checkbox"/> € .....                 |                      |
| <b>Hilfe zum Lebensunterhalt</b> (Sozialhilfe)   |                | <input type="checkbox"/> € .....                 |                      |
| <b>Land- und/oder forstwirtschaftlicher Besitz</b>   |                |  |                      |
| Selbstbewirtschaftung  |                | <input type="checkbox"/>                         | Einheitswert € ..... |
| Zu- und/oder Verpachtung   |                | <input type="checkbox"/>                         | Einheitswert € ..... |
| Übergabe, Verkauf, Schenkung (am .....   |                | <input type="checkbox"/>                         |                      |
| <b>Unterhaltsleistung bei aufrechter bzw. geschiedener Ehe</b>   |                | <input type="checkbox"/> € .....                 |                      |
| <b>Unterhaltsleistung bei eingetragener bzw. aufgelöster Partnerschaft</b>   |                | <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: .....

| <b>Leben im gemeinsamen Haushalt noch andere Personen ?</b> |   |                                       | <input type="checkbox"/>  |
|---|---|---------------------------------------|---|
| Zutreffendenfalls Angaben über <b>alle</b> Personen:        |   |                                       |   |
| Name<br>(in Blockschrift)                                   | Verwandtschaftsverhältnis<br>bzw. Lebensgefährte/-in,<br>und/oder Mitbewohner/-in | 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  € .....  
 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