

ANTRAG AUF BEFREIUNG VON DER REZEPTGEBÜHR

Zutreffendes bitte ankreuzen!



Daten des/der Versicherten

Antragstellung

Familiename, Vorname		Versicherungsnummer
Anschrift		
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet, aber getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft, aber getrennt lebend <input type="checkbox"/> hinterbliebener eingetragener Partner		Heimbewohner/in <input type="checkbox"/> Telefonnummer (für eventuelle Rückfragen)

Derzeitiges monatliches Nettoeinkommen <i>(Nachweise sind beizuschließen!)</i>		
<input type="checkbox"/> Gehalt/Lohn	<input type="checkbox"/> Pension, Rente	€
<input type="checkbox"/> Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung		€
<input type="checkbox"/> <i>Freier Dienstvertrag/Werkvertrag</i>		€
<input type="checkbox"/> Auslandsrente		€
<input type="checkbox"/> Unfallrente		€
<input type="checkbox"/> Bezüge aus dem Kriegsoffer-, Opferfürsorge-, Heeresversorgungsgesetz		€
<input type="checkbox"/> Kriegsgefangenenentschädigung		€
<input type="checkbox"/> Pensionskasse		€
<input type="checkbox"/> Sonstige Einkommen (zB Vermietung, freie Wohnung, freie Kost, ...)		€

Unterhaltsleistung bei geschiedener Ehe bzw. getrennt lebenden Ehepartnern	€
Unterhaltsleistung bei aufgelöster bzw. getrennt lebender eingetragener Partnerschaft	€
<i>(Schließen Sie bitte eine Kopie des Scheidungs-/Auflösungsurteiles bzw. der Unterhaltsvereinbarung bei!)</i>	

Alimentations-/Unterhaltsverpflichtung <i>(Nachweise sind beizuschließen!)</i>	€
---	---

Land- und /oder forstwirtschaftlicher Besitz <i>(Nachweise sind beizuschließen!)</i>		
<input type="checkbox"/> Selbstbewirtschaftung	Einheitswert	€
<input type="checkbox"/> Zu- und/oder Verpachtung	Einheitswert	€
<input type="checkbox"/> Übergabe, Verkauf, Schenkung (Datum:)		€

Verzeichnis aller im Haushalt lebenden Personen <i>(bzw. bei Heimbewohnern, den Ehegatten/die -gattin anführen)</i>			
Name (in Blockschrift)	Verwandschaftsverhältnis bzw. Lebensgefährte/-in, Mitbew.	Versicherungsnummer	Nettoeinkommen (Pension, Rente, Gehalt/Lohn, landw. Besitz, etc.) <i>(Nachweise sind beizuschließen!)</i>
			€
			€
			€
			€

Vom Hausarzt/von der Hausärztin auszufüllen:

Patient/in: Art der benötigten, verschreibungspflichtigen Heilmittel	Patient/in:

Durchschnittlich monatlich verordnete Medikamentenpackungen:

Art der Erkrankung:	Nebenstehende Angaben werden vom Arzt/der Ärztin bestätigt
	Datum, Stempel, Unterschrift

Weiters liegen noch folgende, besonders erschwerende Umstände vor:

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 (zB Familienstand, Einkommen, Medikamentenanzahl, ...) unverzüglich der Kasse bekannt zu geben.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

Wird von der Kasse ausgefüllt:

Summe des Haushaltseinkommens	€
Richtsatz	€
Erhöhungsbetrag für Kinder	€
Gesamtsumme Richtsatz	€

Differenz (Richtsatz/Gesamteinkommen)	€
Begründung:	

Datum

Sachbearbeiter/in