



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 ☐ verheiratet ☐ verheiratet, aber getrennt lebend ☐ Lebensgemeinschaft ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ eingetragene Partnerschaft ☐ aufgelöste Partnerschaft ☐ eingetragene Partnerschaft, aber getrennt lebend ☐	Telefonnummer (für eventuelle Rückfragen)	
Nettoeinkommen im Monat vor der Antragstellung Pension, Rente ☐ Gehalt/Lohn ☐ Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung ☐ € Kranken-/Wochen-/Rehabilitationsgeld ☐ Kinderbetreuungsgeld ☐ Sonstiges ☐ €		
Beziehen Sie ein Einkommen aus dem Ausland? ☐ €		
Sonstige Einkommen (z.B. Vermietung) ☐ € Sachbezüge (z.B. freie Wohnung, freie Kost) ☐ € Hilfe zum Lebensunterhalt (Mindestsicherung, Sozialhilfe) ☐ €		
Land- und forstwirtschaftlicher Besitz Selbstbewirtschaftung ☐ Einheitswert € Zu- und/oder Verpachtung ☐ Einheitswert € Übergabe, Verkauf, Schenkung (am) ☐		
Erhaltene Unterhaltsleistung bei aufrechter bzw. geschiedener Ehe ☐ € Erhaltene Unterhaltsleistung bei eingetragener bzw. aufgelöster Partnerschaft ☐ € Erhaltene Unterhaltsleistung der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten ☐ € 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:		
Alimentations-/ Unterhaltsverpflichtung für Kind(er) für Ehegattin/Ehegatten für eingetragene(n) Partner(in) der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten ☐ € ☐ € ☐ € ☐ €		

Sämtliche Einkommens-, Alimentations- und Unterhaltsnachweise (Kopien) sind dem Antrag beizuschließen!

[illegible]

Zutreffendenfalls Angaben über **alle** Personen:

[illegible]

Wie viele Medikamentenpackungen werden im Durchschnitt pro Monat 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 Angehörige	€
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