



## Antrag auf Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühren

Versicherungsnummer	
Lfd. Nr.	Geburtsdatum

Name des/der Versicherten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

### A. Personen, die mit dem/der Versicherten (Antragsteller/in) in Hausgemeinschaft leben:

Name	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	

### B. Einkommensverhältnisse des Versicherten (Antragstellers)

Als **Einkommensnachweis** ist die Mitteilung des Pensionsversicherungsträgers, die ab Jänner 1980 als Pensionistenausweis gilt, bzw. eines sonstigen Sozialversicherungsträgers oder des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen vorzulegen. Bei landwirtschaftlichem Betrieb ist der Nachweis über den Einheitswert beizufügen.

Laufende Geldbezüge	Aktenzeichen	auszahlende Stelle	monatl. Betrag €
Bezüge aus einer in- oder ausländischen Pensions- oder Rentenversicherung			
Rentenbezug aus der Unfallversicherung			
Rentenbezug nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz bzw. Opferfürsorgegesetz <b>(ohne Grund- oder Elternrenten!)</b>		Art der sonstigen Einkünfte	
Sonstige Einkünfte, etwa aus Vermietung, Verpachtung, Land- oder Forstwirtschaft bzw. Sachbezugswerte, Lohn, Alimentation, Sozialhilfe usw. (Bitte Nachweis vorlegen!)			monatl. Betrag €

### C. Einkommensverhältnisse der mit dem/der Versicherten in Hausgemeinschaft lebenden Personen.

(Nur ausfüllen, wenn Einkommen erzielt wird):

Name	Art des Einkommens	auszahlende Stelle	monatl. Betrag (netto) €

Bitte wenden !

**D. Alimentationsverpflichtung?**

Ja

Nein

Wenn ja, für welche Person(en): .....

Verwandtschaftsverhältnis: .....

Höhe der Zahlung(en): (Bitte Zahlungsnachweis(e) vorlegen): .....

Dauer der Zahlung(en): .....

**E. Begründung der besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit:**

Außerordentliche Belastungen: .....

Leiden Sie oder einer Ihrer Angehörigen an einer Krankheit (Gebrechen), durch die besondere Kosten erwachsen?

Ja

Nein\*)

Wenn ja, Name und Geburtsdatum der erkrankten Person: \_\_\_\_\_

Angabe der Krankheit (des Gebrechens): \_\_\_\_\_

Art der Behandlung (ggf. Diätkost u. a. m.): \_\_\_\_\_

Wie viele Medikamente (Packungen) werden durchschnittlich monatlich vom Arzt verordnet? \_\_\_\_\_

Ich erkläre, alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet zu haben. Ich nehme zur Kenntnis, dass mich das Gesetz verpflichtet, jede Änderung in den angeführten Punkten unverzüglich der Kasse mitzuteilen.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des/der Versicherten

Bericht des behandelnden Arztes (Art der Erkrankung, Nachweis des erhöhten Medikamentenbedarfs):

\_\_\_\_\_ Unterschrift und Stempel des Arztes

**Wird von der Kasse ausgefüllt!**

**Anmerkung:**

Einkommen laut Punkt B	€
Einkommen laut Punkt C	€
Summe des Einkommens	€
Richtsatz - Versicherter	€
Erhöhungsbetrag für die Angehörigen	€
Zurechnungsbetrag gem. § 4 Abs. 1/3, Richtl.	€
Gesamtsumme	€
Differenz Richtsatz - Gesamteinkommen	€

Entscheidung des Büros:

Befreiung von der Rezeptgebühr:  bewilligt  abgelehnt\*)

Befreiung gemäß § \_\_\_\_\_ der Richtlinien für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen !

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift