



### Antrag auf Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühren

Zutreffendes bitte ankreuzen

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Familienname/Nachname</b><br>(auch alle früher geführten Namen)   |  | <b>Vorname</b>   | <b>Versicherungsnummer 10-stlg.</b><br><br>Lfd. Nr. Tag Monat Jahr |
| <b>Adresse</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-/Wochen-/Rehabilitationsgeld <input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld <input type="checkbox"/> Sonstiges <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> (Mindestsicherung, Sozialhilfe)   |  | <input type="checkbox"/> € .....   |  |
| <b>Land- und forstwirtschaftlicher Besitz</b>  |  |  |  |
| Selbstbewirtschaftung  |  | <input type="checkbox"/> Einheitswert € .....                            |  |
| Zu- und/oder Verpachtung   |  | <input type="checkbox"/> Einheitswert € .....                            |  |
| Übergabe, Verkauf, Schenkung (am .....   |  | <input type="checkbox"/>   |  |
| <b>Erhaltene Unterhaltsleistung bei aufrechter bzw. geschiedener Ehe</b>   |  | <input type="checkbox"/> € .....   |  |
| <b>Erhaltene Unterhaltsleistung bei eingetragener bzw. aufgelöster Partnerschaft</b>   |  | <input type="checkbox"/> € .....   |  |
| <b>Erhaltene Unterhaltsleistung der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten</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.   |  |  |  |
| <b>Sollten die obigen Punkte nicht zutreffen, ersuchen wir um Bekanntgabe, wovon Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten:</b><br>.....<br>.....   |  |  |  |
| <b>Alimentations-/ Unterhaltsverpflichtung</b>   |  | für ..... Kind(er) <input type="checkbox"/> € .....                      |  |
|  |  | für Ehegattin/Ehegatten <input type="checkbox"/> € .....                 |  |
|  |  | für eingetragene(n) Partner(in) <input type="checkbox"/> € .....         |  |
|  |  | der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten <input type="checkbox"/> € ..... |  |

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

**Leben im gemeinsamen Haushalt noch andere Personen?** Zutreffendenfalls Angaben über **alle** Personen:

| Name<br>(in Blockschrift) | Verwandtschafts-<br>verhältnis bzw. Lebens-<br>gefährte/-in und/oder<br>Mitbewohner/-in | Versicherungs-<br>nummer<br>(Geburtsdatum) | Nettoeinkommen der angeführten<br>Personen: Pension, Gehalt/Lohn,<br>Rente, bewirtschafteter oder<br>übergebener landw. Besitz, etc. |
|---------------------------|---|--|--|
|                           |   |  |  |
|                           |   |  |  |
|                           |   |  |  |
|                           |   |  |  |
|                           |   |  |  |
|                           |   |  |  |
|                           |   |  |  |
|                           |   |  |  |
|                           |   |  |  |

**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