



Antrag auf Rezeptgebühr-Befreiung

Bitte füllen Sie alle Felder vollständig aus! Zutreffendes bitte ankreuzen!

1. Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller	
Familienname und Vorname:	Versicherungsnummer:
Meine Wohnadresse lautet:	
Ich bin ... (Familien-/Personenstand): <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert <input type="checkbox"/> in einer Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert, aber getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden/in einer aufgelösten Partnerschaft	
Telefonnummer:	E-Mail:
2. Mein Einkommen	
Nettoeinkommen im letzten Monat	
<input type="checkbox"/> Gehalt/Lohn	EUR _____
<input type="checkbox"/> Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung (AMS)	EUR _____
<input type="checkbox"/> Pension/Rente	EUR _____
<input type="checkbox"/> Krankengeld oder Wochengeld oder Rehabilitationsgeld oder Wiedereingliederungsgeld	EUR _____
<input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld	EUR _____
<input type="checkbox"/> Unterhalt (Geldleistung aus aufgelöster Ehe oder Partnerschaft)	EUR _____
<input type="checkbox"/> Ich habe ein Einkommen aus dem Ausland	
Art und Höhe des Einkommens: _____	EUR _____
<input type="checkbox"/> Sachbezüge (zum Beispiel: freie Wohnung, PKW)	EUR _____
<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (Mindestsicherung oder Sozialhilfe, Wohnbeihilfe)	EUR _____
<input type="checkbox"/> Ich bin selbstständig und habe im Vorjahr verdient (Bitte geben Sie die Kopie des letzten Einkommensteuerbescheids dazu)	EUR _____
<input type="checkbox"/> Sonstiges Einkommen (zum Beispiel: Vermietung, Verpachtung)	EUR _____
Land- und forstwirtschaftlicher Besitz	
<input type="checkbox"/> Selbstbewirtschaftung (Einheitswert)	EUR _____
<input type="checkbox"/> Zu- und/oder Verpachtung (Einheitswert)	EUR _____
<input type="checkbox"/> Übergabe, Verkauf, Schenkung (am _____)	
<input type="checkbox"/> Ich habe kein Einkommen	
Ich lebe von: _____	

Meine Lebensgefährtin/mein Lebensgefährte erhält Unterhalt EUR _____

Legen Sie bitte eine Kopie des Scheidungs-/Auflösungsurteiles, der Vergleichsausfertigung, des Gerichtsbeschlusses oder der Unterhaltsvereinbarung, aus der/dem eine Unterhaltsverpflichtung ersichtlich ist, bei.

3. Personen im gemeinsamen Haushalt

Familiename und Vorname	Beziehung zu mir	Versicherungsnummer	Nettoeinkommen der angeführten Personen
			monatlich in Euro

4. Angaben zu meinen Krankheitskosten

Wie viele Medikamentenpackungen werden im Durchschnitt pro Monat ärztlich verordnet? _____

Sollte sich der Bedarf an Dauer-Medikamenten in den letzten 2 Monaten vor der Antragstellung deutlich erhöht haben, legen Sie bitte entsprechende Unterlagen bei (zum Beispiel den Medikamentenspiegel).

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 bekannt zu geben.

Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Alle Unterlagen in Kopie beilegen!