

Antrag auf Gewährung von Psychotherapie als Sachleistung wegen schlechter wirtschaftlicher Lage

für Einzel-, Gruppen*-, Paar*- oder Familientherapie*

(Ausgleichszahlung aus Mitteln des Landes Salzburg
bei Vorliegen der Kriterien nach der Rezeptgebühr-Befreiung)

(Füllen Sie bitte alles genau aus und kreuzen Sie alle Punkte an, die auf Sie zutreffen):

A) Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller:

Vor- und Familienname:

Vers.-Nr.: Geb.-Datum:

Ich bin.....(Familien-/Personenstand):

ledig / verwitwet / verheiratet/verpartnert / verheiratet/verpartnert, aber getrennt lebend

geschieden/in einer aufgelösten Partnerschaft / in einer Lebensgemeinschaft

Staatsbürgerschaft(Kopie Ihres Lichtbildausweises, bei Nicht-
Österreichern ist der **Aufenthaltstitel** bzw. die **Anmeldebestätigung für EU-Bürger** vorzulegen)

Wohnadresse:
.....

Ich habe meinen Hauptwohnsitz im Bundesland Salzburg JA Nein

Tel.-Nr.: E-Mail Adresse:

Falls der/die Patient/in eine/n gesetzliche/n Vertreter/in (Eltern oder Sachwalter) hat, oder eine sonstige Bevollmächtigung vorliegt:

Vertreter/in:

(Vor- und Familienname)

Adresse:

Tel.-Nr.:

Art der Vertretung:

Erziehungsberechtigte/r

Erwachsenenvertretung*

Bevollmächtigte/r*

* Vorlage des Gerichtsbeschlusses oder der Vollmacht

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich erhalte Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialunterstützung): NEIN JA

Wenn JA: zuständiges Sozialamt:

Beizulegender Nachweis: **aktuellen Bescheid und Berechnungsbogen**

Wenn NEIN: Haben Sie in letzter Zeit Sozialunterstützung beantragt? NEIN JA

Ich habe bereits eine Rezeptgebühr-Befreiung nach dem Grenzbetrag meiner monatlichen Netto-Einkünfte NEIN JA

Wenn NEIN: Haben Sie in letzter Zeit einen Antrag gestellt NEIN JA

Wenn JA: Wann wurde der Antrag gestellt

Konnten Sie eine der Fragen mit JA beantworten, ist ein Ausfüllen der Punkte B und C nicht notwendig, füllen Sie direkt Punkt D aus.

B) Angaben zur wirtschaftlichen Beurteilung:

(Füllen Sie bitte alles genau aus und kreuzen Sie alle Punkte an, die auf Sie zutreffen):

1. **Bitte alle Personen** (auch Antragsteller und Kinder) **angeben**, die im gemeinsamen Haushalt leben, sowie **deren Nettoeinkommen aus unselbständiger Beschäftigung oder öffentliche Transferleistungen** (Pension, Rente, Krankengeld, Arbeitslosengeld, Kinderbetreuungsgeld etc.) **des letzten Monats vor der Antragstellung**. Zum gemeinsamen Haushalt gehören auch Personen, die sich wegen Schul- oder Berufsausbildung oder berufsbedingt zeitweise an einem anderen Ort aufhalten (z.B. Studenten).

Vor- und Familienname	Vers.-Nr./ Geb.-Datum	Verwandtschafts- verhältnis	monatliches Nettoeinkommen
			€
			€
			€
			€
			€
			€

Beizulegende Nachweise: z.B. Pensionsbescheid, Lohnzettel, Bezugsbestätigung des AMS, Stipendienbescheid, Nachweis über Kinderbetreuungsgeld

2. **Meine Lebensgefährtin/mein Lebensgefährte erhält Unterhalt:** NEIN JA €.....

Beizulegende Nachweise: z.B. Scheidungs-/Auflösungsurteil, Vergleichsausfertigung, Gerichtsbeschluss oder die Unterhaltsvereinbarung, aus der/dem eine Unterhaltsverpflichtung ersichtlich ist

3. **Ich empfangе Unterhaltszahlungen/Alimente:** NEIN JA €.....

Beizulegende Nachweise: z.B. Scheidungsvergleich, Unterhaltsbeschluss, -vergleich und Zahlungsnachweis vom Vormonat

(Füllen Sie bitte alles genau aus und kreuzen Sie alle Punkte an, die auf Sie zutreffen):

4. **Ich bin selbstständig und habe im Vorjahr verdient:** NEIN JA €.....
Beizulegende Nachweise: z.B. letzter Einkommenssteuerbescheid mit Einkommenssteuererklärung

5. **Ich habe ein Einkommen aus dem Ausland:** NEIN JA €.....
Beizulegender Nachweis über die Art und Höhe des Einkommens

6. **Sonstige Einkommen** (zum Beispiel Vermietung, Verpachtung, Kapitalerträge): NEIN JA €.....
Beizulegender Nachweis über sonstige Einkommen

7. **Ich erhalte ein Einkommen aus einem land(forst)wirtschaftlichen Besitz:** NEIN JA
o Selbstbewirtschaftung (Einheitswert): €.....
o Zu- und/oder Verpachtung (Einheitswert): €.....
o Übergabe, Verkauf, Schenkung (am)
Beizulegende Nachweise: z.B. Einheitswertbescheid, Pachtvertrag

9. **Ich erhalte Sachbezüge** (zum Beispiel: Unterkunft, Verpflegung, PKW): NEIN JA
Wenn JA, Punkt C vollständig ausfüllen.

10. **Ich habe kein Einkommen:**
Ich lebe von:
Wenn zutreffend, Punkt C vollständig ausfüllen.

C) Nachweis des Lebensunterhalts (Zutreffendes bitte ankreuzen)
Nur Auszufüllen, wenn Punkt B 9 und/oder Punkt B 10 zutrifft

1) Meine Mietkosten, Stromkosten und Heizkosten bezahlt jemand anderer. NEIN JA
Der Name lautet:

1a) Wie hoch sind die jeweiligen Kosten pro Monat?

- o Miete: €.....
- o Strom: €.....
- o Heizung: €.....

2) Ich erhalte vom Sozialamt oder von der Bezirkshauptmannschaft eine finanzielle Unterstützung.
 NEIN JA Diese Unterstützung beträgt pro Monat €.....

3) Ich erhalte von anderen Personen Sachleistungen. NEIN JA
Der Name dieser Person oder Personen lautet:

- 3a) Person 1:
- Person 2:
- Person 3:

3b) Ich bekomme diese Sachleistung:

- o Einmal im Monat
- o Einmal in 3 Monate
- o Einmal im Jahr
- o Unregelmäßig

3c) Welche Sachleistungen sind das?

- o Freie Verpflegung
- o Freie Unterkunft
- o Etwas anderes (bitte notieren):

(Füllen Sie bitte alles genau aus und kreuzen Sie alle Punkte an, die auf Sie zutreffen):

4) Ich erhalte von anderen Personen eine Finanzielle Unterstützung: NEIN JA

Der Name dieser Person oder Personen lautet:

4a) Person 1:
Person 2:
Person 3:

4b) Ich bekomme diese Sachleistung:

- Einmal im Monat
- Einmal in 3 Monate
- Einmal im Jahr
- Unregelmäßig

4c) Diese Unterstützung beträgt durchschnittlich pro Monat €

5) Meine freiwillige Krankenversicherung bezahlt jemand anderer. NEIN JA

Der Name lautet:

6) Ich habe Einkünfte aus Kapitalvermögen, Ersparnissen, Beteiligungen oder Zinserträge.

NEIN JA Die Höhe der Einkünfte beträgt jährlich €

7) Keiner der Punkte 1 bis 6 trifft auf mich zu. JA

Dann senden Sie uns bitte eine **unterschiedene schriftliche Erklärung** zu, wie Sie Ihren Lebensunterhalt finanzieren!

Bitte senden Sie uns in Kopie alle Nachweise zu, die Ihre Angaben zu Punkt C bestätigen!

D) Angaben zur/zum Psychotherapeutin/en:

Behandelnde/r Psychotherapeut/in bzw. Psychotherapeut/in, bei dem die Behandlung geplant ist:

Psychotherapeut/in:

(Vor- und Familienname)

Adresse:

Tel.-Nr.:

Ich bestätige, dass meine Angaben vollständig und richtig sind und verpflichte mich, jede Änderung der in diesem Antrag angegebenen Umstände unverzüglich bekannt zu geben.

Ich nehme zur Kenntnis, dass falsche oder bewusst unvollständige Angaben oder unterlassene Änderungsmeldungen strafrechtlich verfolgt werden und der auf diese Weise erlangte Vermögensvorteil zurückgefordert werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift
des Antragstellers / der Antragstellerin

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Website unter www.gesundheitskasse.at/datenschutz.