

ANTRAG AUF BEFREIUNG INFOLGE BESONDERER SCHUTZBEDÜRFTIGKEIT (z. B. Rezeptgebühren)

| AntragstellerIn | | | |
|---|--|---|---|
| Familien- oder Nachname(n) | Vorname(n) | Versicherungsnummer | |
| | | | |
| | | | |
| | | Tag | Monat |
| Anschrift | | Telefonnummer | |
| Personenstand seit _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend | <input type="checkbox"/> geschieden | <input type="checkbox"/> verwitwet |
| <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> getrennt lebend | | <input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft | <input type="checkbox"/> hinterbliebener eingetragener Partner |

A. EINKOMMENSVERHÄLTNISSSE DES(DER) VERSICHERTEN

Sämtliche Beträge sind als **Nettobeträge** anzuführen.

(aktuelle Einkommensnachweise wie Lohn- oder Gehaltsbestätigung bzw. bei Pensionisten(-innen) die Mitteilung des Pensionsversicherungsträgers bitte beilegen)

| Laufende Geldbezüge | Auszahlende Stelle | Monatlicher Betrag in Euro |
|---|-----------------------------|----------------------------------|
| Lohn, Gehalt bzw. Bezüge aus einer in- oder ausländischen Pensions- oder Rentenversicherung | | |
| Rentenbezug aus einer Unfallversicherung | | |
| Sonstige Einkünfte | Art der sonstigen Einkünfte | Mtl. Betrag/Einheitswert in Euro |
| wie z. B. Vermietung, Verpachtung, Sachbezüge, Alimentation, Haus- und Grundbesitz, Unterhalt | | |

B. SONSTIGE UNTERSTÜTZUNGEN

| Sonstige Unterstützung | Art der sonstigen Unterstützung | Monatlicher Betrag in Euro |
|--|---------------------------------|----------------------------|
| Mietzinsbeihilfe, Zuwendungen von Eltern bzw. Dritter, Unterstützung vom Sozialamt bzw. Bezirkshauptmannsch. | | |

C. PERSONEN, DIE MIT DEM(DER) VERSICHERTEN IM GEMEINSAMEN HAUSHALT LEBEN

| Name | Versicherungsnummer | Verwandtschaftsverhältnis | Mtl. Nettoeinkommen in Euro |
|------|----------------------|---------------------------|-----------------------------|
| | | | |
| | Tag Monat Jahr | | |
| | | | |
| | Tag Monat Jahr | | |
| | | | |
| | Tag Monat Jahr | | |
| | | | |
| | Tag Monat Jahr | | |
| | | | |
| | Tag Monat Jahr | | |

D. BEGRÜNDUNG DER BESONDEREN MEDIZINISCHEN UMSTÄNDE

Krankheiten, auf Grund derer ein erhöhter Medikamentenaufwand gegeben ist:

Bezeichnung der monatlich benötigten Medikamente, Dosierung und Anzahl der Packungen:

| Bezeichnung | Dosierung | Packung(en) |
|--------------------|------------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Sonstige Aufwendungen auf Grund von Krankheiten (z.B. Mehraufwand für Diätverpflegung, häufige Fahrt- oder Transportkosten im Zusammenhang mit Arztbesuchen, Kosten für Heilbehelfe und Hilfsmittel, etc.)

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes

Ich erkläre, alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet zu haben. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen verpflichtet bin, jede Änderung in den angeführten Punkten unverzüglich der Kasse zu melden.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des(der) Antragstellers(-stellerin)

Erledigungsvermerk der Kasse:

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Befreiung bis |
| <input type="checkbox"/> Antrag auf Befreiung abgelehnt. |
| Datum, Stempel und Unterschrift des Sachbearbeiters |