

Antrag auf Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr

Familienname/Nachname (Versicherte/r)	Vorname(n)	Versicherungsnummer
		Lfd. Nr. Tag Monat Jahr
Anschrift: _____ Telefon(Mobil)Nr.: _____		
Personenstand: ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verh., getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/>		
Derzeitiges monatliches Nettoeinkommen		HÖHE EUR _____
Pension, Rente <input type="checkbox"/> Lohn, Gehalt <input type="checkbox"/> Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung <input type="checkbox"/> Krankengeld/Wochengeld <input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld <input type="checkbox"/> Dienstvertrag, Werkvertrag <input type="checkbox"/> ausländische Rente <input type="checkbox"/>		

Sonstige Einkommen (z.B. Vermietung, freie Wohnung, Sozialhilfe): _____ Ja Nein EUR _____

Bei geschiedener Ehe - (Unterhaltsleistung)
 Ist Ihr geschiedener Ehegatte Ihnen gegenüber unterhaltspflichtig? Ja Nein EUR _____
Legen Sie bitte das Scheidungsdokument, aus dem die Höhe der Unterhaltsleistung ersichtlich ist, in Kopie bei (Scheidungsurteil, Vergleichsausfertigung oder diesbezüglichen Gerichtsbeschluss). Bei getrennt lebenden Ehegatten ist der Nachweis über das Nettoeinkommen des getrennt lebenden Ehegatten vorzulegen.

Land- und/oder forstwirtschaftlicher Besitz

Selbstbewirtschaftung Ja Nein Einheitswert: EUR _____
 Verpachtung/Zupachtung (seit: _____) Ja Nein Einheitswert zu diesem Zeitpunkt: EUR _____
 Übergabe, Verkauf, Schenkung (am: _____) Ja Nein Einheitswert zu diesem Zeitpunkt: EUR _____

Sollten die obigen Punkte nicht zutreffen, ersuchen wir um Bekanntgabe, wovon Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten:

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

Name (in Blockschrift)	Verwandtschafts- verhältnis/ Lebensgefährte(in)	Versicherungs- nummer (Geburtsdatum)	Nettoeinkommen der angeführten Personen: Pension, Lohn, Rente, bewirtschafteter od. übergebener landw. Besitz u. dgl.

Sämtliche Nachweise zu den Angaben sind dem Antrag beizuschließen!

Welche chronischen Krankheiten oder Gebrechen (Medikamente) verursachen besondere Aufwendungen?

	Stempel, Unterschrift d. Arztes/Ärztin

Ich erkläre, alle Einkommen von mir und den im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen bekanntgegeben zu haben, und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit obiger Angaben. Ich bin verpflichtet, Änderungen meiner Angaben (z.B. Familienstand, Einkommen) unverzüglich der Kasse zu melden.

Beilage(n) _____ Ort und Datum _____ Unterschrift _____