NÖGKK
NÖ Gebietskrankenkasse
Wir vorsorgen Sie!

Hauptstelle 3100 St. Pölten,
Kremser Landstraße 3
E-Mail: vpa-ha@noegkk.at
Telefon: 050899- 3408 Telefax: 050899-3480
www.noegkk.at

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 ☐ verheiratet ☐ verh., getrennt lebend ☐ geschieden ☐
verwitwet ☐ eingetragene Partnerschaft ☐ Lebensgemeinschaft ☐

Derzeitiges monatliches Nettoeinkommen **HÖHE EUR** _____

Pension, Rente ☐ Lohn, Gehalt ☐ Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung ☐
Krankengeld/Wochengeld ☐ Kinderbetreuungsgeld ☐ Dienstvertrag, Werkvertrag ☐ ausländische Rente ☐

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