

Antrag auf Befreiung von der Rezeptgebühr

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

| 1. Persönliche Daten der Antragstellerin bzw. des Antragstellers | | |
|--|---|---|
| Vor- und Familienname | | Sozialversicherungsnr. und Geburtsdatum |
| | | |
| Straße: | | PLZ: Ort: |
| Telefon: | | E-Mail: |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> Eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet, jedoch getrennt lebend | | |
| 2. Aktuelle Einkommenssituation: Beziehen Sie... (bitte Zutreffendes ankreuzen und aktuelle Nachweise in Kopie beilegen) | | |
| Einkommen | | |
| <input type="checkbox"/> | Lohn oder Gehalt | _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> | Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung (AMS) | _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> | Pension oder Rente | _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> | Sozialhilfe (Bescheid beilegen) | _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> | Kranken-, Wochen-, Rehabilitations- oder Wiedereingliederungsgeld | _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> | Kinderbetreuungsgeld | _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> | Unterhalt (Geldleistung aus aufgelöster Ehe oder Partnerschaft) | _____ Euro |
| Einkommen Ausland | | |
| <input type="checkbox"/> | Einkommen aus dem Ausland | _____ Euro |
| Sonstiges Einkommen | | |
| <input type="checkbox"/> | Sachbezüge (z.B. freie Wohnung) | _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> | Hilfe zum Lebensunterhalt (z.B. Mindestsicherung, Sozialhilfe, Wohnbeihilfe) | _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> | Selbständige Erwerbstätigkeit | _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges Einkommen (z.B. Vermietung, Verpachtung) | _____ Euro |

| Land- und forstwirtschaftlicher Besitz | | | | |
|--|--|---------------------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Land-/forstwirtschaftliches Einkommen aus Selbstbewirtschaftung Vorlage des aktuellen Einheitswertbescheides erforderlich | _____ Euro | | |
| <input type="checkbox"/> | Haben Sie einen land-/forstwirtschaftlichen Grund zugepachtet und/oder verpachtet? Vorlage Pachtvertrag erforderlich | _____ Euro | | |
| <input type="checkbox"/> | Haben Sie einen land-/forstwirtschaftlichen Grund übergeben (Verkauf, Schenkung)? Vorlage Vertrag erforderlich | _____ Euro | | |
| 3. Persönliche Daten und Einkommensverhältnisse der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen (z.B. Ehefrau/Ehemann, Lebensgefährtin/Lebensgefährte, Kinder, etc. - bitte Nachweise in Kopie beilegen) | | | | |
| Name | Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum | Verwandtschaftsverhältnis | Art des Einkommens (zB. Lohn, Alimente) | Nettoeinkommen |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 4. Angaben zu meinen Krankheitskosten | | | | |
| Wie viele Packungen Medikamente werden pro Monat im Durchschnitt 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 die Medikationsliste). | | | | |
| Vermerke: | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |

Erklärungen und Unterschrift

1. Ich erkläre, dass die Angaben richtig und vollständig sind.
2. Stellt sich nachträglich heraus, dass Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, nehme ich zur Kenntnis, dass ich der Österreichischen Gesundheitskasse einen dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen habe.
3. Darüber hinaus bin ich verpflichtet, Änderungen meiner Angaben (z.B. Familienstand, Einkommen, ...) unverzüglich bekannt zu geben.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben. Weiters bestätige ich, dass ich die oben angeführten Erklärungen und den Hinweis zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
bzw. der Antragstellerin