



## Antrag auf Rezeptgebühr-Befreiung

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

1. Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller	
<b>Familienname und Vorname:</b>	<b>Versicherungsnummer:</b>
<b>Meine Wohnadresse lautet:</b>	
<b>Ich bin ... (Familien-/Personenstand):</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert <input type="checkbox"/> in einer Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert, aber getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden/in einer aufgelösten Partnerschaft	
<b>Telefonnummer:</b>	<b>E-Mail:</b>
2. Mein Einkommen	
<b>Nettoeinkommen im letzten Monat</b>	
<input type="checkbox"/> Gehalt/Lohn	EUR _____
<input type="checkbox"/> Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung (AMS)	EUR _____
<input type="checkbox"/> Pension/Rente	EUR _____
<input type="checkbox"/> Krankengeld oder Wochengeld oder Rehabilitationsgeld oder Wiedereingliederungsgeld	EUR _____
<input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld	EUR _____
<input type="checkbox"/> Unterhalt (Geldleistung aus aufgelöster Ehe oder Partnerschaft)	EUR _____
<input type="checkbox"/> <b>Ich habe ein Einkommen aus dem Ausland</b> Art und Höhe des Einkommens: _____	EUR _____
<input type="checkbox"/> <b>Sachbezüge</b> (zum Beispiel: freie Wohnung, PKW)	EUR _____
<input type="checkbox"/> <b>Hilfe zum Lebensunterhalt</b> (Mindestsicherung oder Sozialhilfe, Wohnbeihilfe)	EUR _____
<input type="checkbox"/> <b>Ich bin selbstständig und habe im Vorjahr verdient</b> (Bitte geben Sie die Kopie des letzten Einkommensteuerbescheids dazu)	EUR _____
<input type="checkbox"/> <b>Sonstiges Einkommen</b> (zum Beispiel: Vermietung, Verpachtung)	EUR _____
<b>Land- und forstwirtschaftlicher Besitz</b>	
<input type="checkbox"/> Selbstbewirtschaftung (Einheitswert)	EUR _____
<input type="checkbox"/> Zu- und/oder Verpachtung (Einheitswert)	EUR _____
<input type="checkbox"/> Übergabe, Verkauf, Schenkung (am _____)	
<input type="checkbox"/> <b>Ich habe kein Einkommen</b> Ich lebe von: _____	

**Meine Lebensgefährtin/mein Lebensgefährte erhält Unterhalt** EUR \_\_\_\_\_

Legen Sie bitte eine Kopie des Scheidungs-/Auflösungsurteiles, der Vergleichsausfertigung, des Gerichtsbeschlusses oder der Unterhaltsvereinbarung, aus der/dem eine Unterhaltsverpflichtung ersichtlich ist, bei.

### 3. Personen im gemeinsamen Haushalt

Familiename und Vorname	Beziehung zu mir	Versicherungsnummer	Nettoeinkommen der angeführten Personen
			monatlich in Euro

### 4. Angaben zu meinen Krankheitskosten

**Wie viele Medikamentenpackungen werden im Durchschnitt pro Monat 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 den Medikamentenspiegel).

**Vermerke:**

**Ich erkläre, dass die Angaben richtig und vollständig sind.**

**Stellt sich nachträglich heraus, dass Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, nehme ich zur Kenntnis, dass ich der Kasse einen dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen habe.**

**Darüber hinaus bin ich verpflichtet, Änderungen meiner Angaben (z.B. Familienstand, Einkommen, ...) unverzüglich bekannt zu geben.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

**Alle Unterlagen in Kopie beilegen!**