

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

<b>AntragstellerIn</b>			
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:

<b>Bezeichnung</b>	<b>Dosierung</b>	<b>Packung(en)</b>

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