

## Antrag auf Befreiung von Rezeptgebühren wegen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit für Bauern

Zutreffendes bitte ankreuzen

Familienname (auch frühere[r] Name[n]) und Vorname		Versicherungsnummer
Personenstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> hinterbliebene(r) eingetragene(r) Partner/in <input type="checkbox"/> ledig		
Wohnanschrift		Telefonnummer
Name des Ehepartners/der Ehepartnerin bzw. des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin		VSNR oder Geburtsdatum

### A. EINKOMMENSVERHÄLTNISSSE DES/DER VERSICHERTEN

Laufende Geldbezüge	Versicherte(r)	
	Auszahlende Stelle	mtl. <b>Bruttobetrag</b>
Einkommen aus einer unselbständigen Erwerbstätigkeit		
Pensionsbezüge aus in- und ausländischer Pensionsversicherung		
Rentenbezüge aus der Unfallversicherung		
Rentenbezug nach dem Kriegsoffer/Opferfürsorge/Heeresversorgungsgesetz		
Art sonstiger Einkünfte (etwa aus Vermietung, Verpachtung, Anlagevermögen, Sachbezüge, etc.)		
Ansprüche auf Unterhaltsleistung	Name der unterhaltspflichtigen Person	

### B. EINKOMMENSVERHÄLTNISSSE DES/DER IM GEMEINSAMEN HAUSHALT LEBENDEN EhePARTNERS/IN BZW. EINGETRAGENEN PARTNERS/IN BZW. SONSTIGER ANGEHÖRIGER

Die Beträge sind als Nettobeträge anzuführen.

Familien- oder Nachname und Vorname	Versicherungsnummer oder Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Auszahlende Stelle	mtl. <b>Nettobetrag</b>

### C. BEGRÜNDUNG DER BESONDEREN SOZIALEN SCHUTZBEDÜRFTIGKEIT

Liegen dauerhafte, außerordentliche wirtschaftliche Belastungen auf Grund von Krankheiten vor (z.B. Aufwand für Transportkosten, Kosten für Heilbehelfe oder Hilfsmittel etc.)? Wenn ja, welche?	
Leiden Sie oder eine(r) Ihrer Angehörigen an Krankheiten/Gebrechen, durch die Ihnen besondere Aufwendungen erwachsen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Familien- oder Nachname und Vorname(n) der erkrankten Person(en):	
	Angabe der Krankheit, des Gebrechens:
Wie hoch ist der Aufwand an Rezeptgebühren pro Monat für Sie und Ihre Angehörigen?	
Wie viele Medikamentenpackungen pro Monat beziehen Sie und Ihre Angehörigen?	

### D. BEI EINEM HEIMAUFWENTHALT

Werden die Kosten für das Heim von der Sozialhilfe übernommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nach Abzug der Heimkosten verbleiben mtl. EUR _____

**Für selbstversicherte Ehepartner bzw. eingetragene Partner ist eine separate Antragstellung erforderlich. Ich erkläre, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass mich das Gesetz verpflichtet, jede Änderung, die die Beantwortung der angeführten Punkte betreffen, binnen 2 Wochen bekannt zu geben.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der Versicherten

### Wird von der Anstalt ausgefüllt!

Anrechenbares Einkommen laut Punkt A	
Anrechenbares Einkommen laut Punkt B	
<b>Summe anrechenbares Einkommen</b>	
Richtsatz gem. § 141 BSVG <input type="checkbox"/> einfacher Richtsatz <input type="checkbox"/> Familienrichtsatz	
Erhöhungsbetrag für ____ Kind(er)	
<b>Summe Richtsatz gem. § 141 BSVG</b>	
Differenz <b>anrechenbares Einkommen - Richtsatz</b>	+ / -
Zurechnungsbetrag gem. § 4 Abs. 1 Z 3 der Richtlinien ( _____ VO)	
<b>Richtsatz erhöht</b>	
Differenz <b>anrechenbares Einkommen - Richtsatz erhöht</b>	+ / -
Medizinische Stellungnahme:	
Entscheidung des Büros: <input type="checkbox"/> Befreiung gem. § _____ der Richtlinie von _____ bis _____	Festgestellt Datum
<input type="checkbox"/> Antrag auf Befreiung abgelehnt <input type="checkbox"/> der leitende Angestellte: _____	Geprüft Datum