

An die
Sozialversicherungsanstalt
der gewerblichen Wirtschaft

ANTRAG AUF BEFREIUNG VON KOSTENBETEILIGUNG UND REZEPTGEBÜHR

Name der hauptversicherten Person	VSNR – Geburtsdatum
Adresse	Telefon

Ich beantrage die Befreiung von Kostenanteil und Rezeptgebühr, weil ich einen großen Teil meiner Einkünfte für die dadurch regelmäßig anfallenden Kosten aufwenden muss.

Für eine faire Beurteilung Ihrer Lebenssituation bitten wir Sie, folgende sechs Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

1. Welche Erkrankung verursacht Ihre erhöhten Kosten?			
2. Sind Sie aufgrund der Erkrankung in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bei welchem Arzt?			
3. Müssen Sie aufgrund dieser Erkrankung Medikamente nehmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?			
Name des Medikamentes	fallweise	regelmäßig	Menge pro Tag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VSNR:

<p>4. Wie sind Ihre Einkommensverhältnisse? Führen Sie bitte Art und Höhe der monatlichen Einkünfte (Einkommen aus Gewerbebetrieb, Vermietung und Verpachtung, Land- und Forstwirtschaft; Ausgedinge; Pensionen etc.) an; bei Renten und Pensionen auch die auszahlende Stelle und das Aktenzeichen.</p> <p>Sind Sie aufgrund eines gerichtlichen Urteiles, Vergleiches oder einer Vereinbarung unterhaltspflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, legen Sie bitte entsprechende Unterlagen als Nachweis bei.</p>
<p>5. Mit wie vielen Personen leben Sie im gemeinsamen Haushalt? Bitte führen Sie Namen, Geburtsdaten, Grad der Verwandtschaft sowie die Art und Höhe der monatlichen Nettoeinkünfte aller im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen an; bei Renten und Pensionen bitten wir Sie, auch die auszahlende Stelle und das Aktenzeichen bekannt zu geben. Wenn Sie ein monatliches Entgelt aus unselbständiger Tätigkeit beziehen, geben Sie dieses bitte abzüglich der Familienbeihilfe an.</p>
<p>6. Gibt es außer den Medikamentenkosten weitere Umstände im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung, die Sie in finanzieller Hinsicht laufend belasten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?</p>

Ich nehme zur Kenntnis, dass Versicherte, die von der Entrichtung der Kostenanteile und der Rezeptgebühr befreit sind, jede Änderung ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse, die zur Aufhebung der Befreiung führen könnten, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft unverzüglich melden müssen.

Ort und Datum

Unterschrift des (der) Hauptversicherten

<p>RAUM FÜR VERMERKE DER SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT DER GEWERBLICHEN WIRTSCHAFT</p>
--