



## Antrag auf Rezeptgebühr-Befreiung

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

### 1. Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller

Familienname und Vorname:

Versicherungsnummer:

Meine Wohnadresse lautet:

Ich bin ... (Familien-/Personenstand):

- ledig       verheiratet/verpartnert       in einer Lebensgemeinschaft  
 verwitwet       verheiratet/verpartnert, aber getrennt lebend       geschieden/in einer aufgelösten Partnerschaft

Telefonnummer:

E-Mail:

### 2. Mein Einkommen

Nettoeinkommen im letzten Monat

- Gehalt/Lohn EUR \_\_\_\_\_  
 Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung (AMS) EUR \_\_\_\_\_  
 Pension/Rente EUR \_\_\_\_\_  
 Krankengeld oder Wochengeld oder Rehabilitationsgeld oder Wiedereingliederungsgeld EUR \_\_\_\_\_  
 Kinderbetreuungsgeld EUR \_\_\_\_\_  
 Unterhalt (Geldleistung aus aufgelöster Ehe oder Partnerschaft) EUR \_\_\_\_\_

Ich habe ein Einkommen aus dem Ausland

Art und Höhe des Einkommens: \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_

Sachbezüge (zum Beispiel: freie Wohnung, PKW) EUR \_\_\_\_\_

Hilfe zum Lebensunterhalt (Mindestsicherung oder Sozialhilfe, Wohnbeihilfe) EUR \_\_\_\_\_

Ich bin selbstständig und habe im Vorjahr verdient EUR \_\_\_\_\_  
(Bitte geben Sie die Kopie des letzten Einkommensteuerbescheids dazu)

Sonstiges Einkommen (zum Beispiel: Vermietung, Verpachtung) EUR \_\_\_\_\_

Land- und forstwirtschaftlicher Besitz

Selbstbewirtschaftung (Einheitswert) EUR \_\_\_\_\_

Zu- und/oder Verpachtung (Einheitswert) EUR \_\_\_\_\_

Übergabe, Verkauf, Schenkung (am \_\_\_\_\_)

Ich habe kein Einkommen

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!**