

Antrag auf Befreiung von der Rezeptgebühr und des Service-Entgeltes

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Versicherte(r)	Versicherungsnummer						
Familienname:.....	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">Ifd. Nr.</td> <td style="width: 70%; text-align: center;">Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Tag Monat Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Ifd. Nr.	Geburtsdatum		Tag Monat Jahr		
Ifd. Nr.	Geburtsdatum						
	Tag Monat Jahr						
Vorname:							
Anschrift:							
Telefon Nr.:							
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden							

Für wen wird die Befreiung von der Rezeptgebühr und des Service-Entgeltes beantragt ?
<input type="checkbox"/> Versicherte(n) und Angehörige(n) <input type="checkbox"/> Nur für den/die Angehörige(n)
Name VSNR. und Geburtsdatum:

Einkommen des(r) Versicherten	
Art und Höhe des monatlichen Netto-Einkommens: (z.B.: Lohn, Gehalt, Pension, Rentenbezug aus der Unfallversicherung, Rentenbezug nach dem KOVG bzw. OFG, Bezug einer Leistung nach dem ALVG)	
	EUR
Auszahlende Stelle (bei Renten und Pensionen): 	

Sonstige Einkünfte: (eigene Erwerbstätigkeit, Vermietung, Verpachtung, Ausgedinge, Unterhaltsleistungen)	EUR
---	-----------

Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft: Letzter Einheitswert	EUR
--	-----------

Als Nachweis sind die entsprechenden Unterlagen beizuschließen (z.B.: Verständigung der Pensionsversicherungsanstalt, des Bundessozialamtes usw. über die Höhe und die Zusammensetzung der ab 1. Jänner des laufenden Kalenderjahres gewährten Leistung; Mitteilung des Arbeitsmarktservice, Lohnbestätigung; letzter Einheitswertbescheid, Pachtvertrag, Übergabevertrag, Einkommensteuerbescheid).

Alle Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben

Familienname, Vorname(n)	VSNR. Geburtsdatum	Art der Verwandtschaft	monatl. Nettoeinkommen	Art und Quelle des Einkommens

Ärztliche Bestätigung

Krankheiten, die zu einem erhöhten Medikamentenbedarf führen:

Art und Anzahl der monatlich benötigten Medikamentenpackungen:

Muss auf Grund von Krankheiten Diät gehalten werden?

Bestätigung des Arztes/der Ärztin:

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Ich erkläre, dass die Angaben vollständig und richtig sind.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen – bei sonstiger Schadenersatzpflicht – unverzüglich der KGKK bekanntzugeben. Sollte sich nachträglich herausstellen, dass meine Angaben nicht der Wahrheit entsprechen haben, nehme ich zur Kenntnis, dass ich den der KGKK dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen habe.

.....
Datum

.....
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Bearbeitungsvermerk der KGKK

Richtsatz: EUR

In den vorliegenden Unterlagen wurde Einsicht genommen:

Summe der Einkünfte: EUR

Rezeptgebührenbefreiung vorläufig bis: _____

Rezeptgebührenbefreiung abgelehnt !

Sachbearbeiterin / Sachbearbeiter