

## Antrag auf Befreiung von der Rezeptgebühr

Versicherte/r: ..... Vers.-Nummer: ..... Geb. Datum: .....

Adresse: ..... PLZ/Wohnort: .....

Telefon tagsüber:.....

### Familienstand:

- |                                                            |                                             |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ledig                             | <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> verheiratet                       | <input type="checkbox"/> geschieden         |
| <input type="checkbox"/> verheiratet, aber getrennt lebend | <input type="checkbox"/> verwitwet          |

### Derzeitiges monatliches Nettoeinkommen:

- |                                                                          |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pension/Rente                                   | <input type="checkbox"/> Krankengeld                      |
| <input type="checkbox"/> Gehalt/Lohn                                     | <input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld             |
| <input type="checkbox"/> Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung | <input type="checkbox"/> Freier Dienstvertrag/Werkvertrag |

Euro.....

**Einkommen aus selbständiger Tätigkeit:** (Bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beilegen) Euro.....

**Bei landwirtschaftlichem Betrieb:** Ausgedinge  ja  nein (Bitte Übergabevertrag beilegen)

Landwirtschaftlicher Einheitswert  
 (Bitte Einheitswertbescheid beilegen): Euro.....

### Unterhaltsleistung bei geschiedener Ehe

Ist Ihr/e geschiedene/r Ehepartner/in Ihnen gegenüber unterhaltspflichtig?  ja  nein Euro.....

Legen Sie bitte das Scheidungsdokument, aus dem die Höhe der Alimente ersichtlich ist, in Kopie bei (Scheidungs Urteil, Vergleichsausfertigung oder Gerichtsbeschluss).

### Weitere Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben

| Familienname, Vorname | Geburtsdatum | Art der Verwandtschaft | monatliches Nettoeinkommen | Art des Einkommens |
|-----------------------|--------------|------------------------|----------------------------|--------------------|
|                       |              |                        |                            |                    |
|                       |              |                        |                            |                    |
|                       |              |                        |                            |                    |
|                       |              |                        |                            |                    |

**Regelmäßige monatliche krankheitsbedingte Ausgaben**

für Medikamente: Euro.....

für sonstige Krankenbehandlung: Euro.....

Ich erkläre, alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet zu haben. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen verpflichtet bin, jede Änderung in den angeführten Punkten unverzüglich der SGKK zu melden.

Ort/Datum ..... Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin.....

**Bitte legen Sie alle Einkommensnachweise in Kopie dem Antrag bei!**

**Ärztliche Bestätigung**

Krankheiten, die zu einem erhöhten Medikamentenaufwand führen:.....

Art und Anzahl der monatlich benötigten Medikamente:.....

Ist aufgrund der Krankheit eine Diät nötig? Wenn ja, welche?.....

Ort/Datum ..... Unterschrift des Arztes/der Ärztin.....

**Wird nur von der Salzburger Gebietskrankenkasse ausgefüllt:**

Vertrauensärztliche Stellungnahme:.....

.....  
.....

**Einkommensart**

Richtsatz alleinstehend Euro..... Euro.....

Ehepaar Euro..... Euro.....

für ... Kinder Euro..... Euro.....

(§293/1) Gesamtrichtsatz: Euro..... Euro.....

daher Einkommensvergleich Euro..... Euro.....

Gesamt Euro.....

Befreiung von.....bis.....

Ablehnung:  .....

Erledigung:  persönlich  schriftlich

Ort/Datum ..... Unterschrift Bearbeiter/in.....