



# ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Antrag auf Neufestsetzung  
der Rezeptgebührenobergrenze  
für das Jahr .....

An die

Familienname/Nachname und Vorname(n) der/des Versicherten	
.....	
.....	
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)	
.....	
.....	
Versicherungsnummer	(Mobil) Tel.Nr.:
.....	.....
E-Mail:	Fax. Nr.:
.....	.....

Auf Grund der Bestimmungen der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr beantrage ich, durch Neuberechnung des Jahresnettoeinkommens für das laufende Kalenderjahr, die Rezeptgebührenobergrenze neu festzusetzen. Dazu gebe ich wahrheitsgemäß bekannt:

Zutreffende Felder bitte ankreuzen!

1. Nettoeinkünfte		von – bis	Bisheriges Nettoeinkommen im Kalenderjahr
1.1. Pension(en), Ruhe- und/oder Versorgungsgenüsse, Renten aufgrund des KOVG, HVG, OFG und des Kleinrentnerfürsorgegesetz, Firmen- und Dienstgeberpensionen	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, auszahlende Stelle(n): ..... .....	..... .....	EUR ..... EUR .....
1.2. Ausländische Pension(en) und/oder Rente(n)	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, auszahlende Stelle(n): .....	.....	EUR .....
1.3. Unselbständige Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Art der Tätigkeit: ..... Dienstgeberin/Dienstgeber: ..... ..... .....	..... ..... .....	EUR ..... EUR ..... EUR .....
1.4. Selbständige Erwerbstätigkeit (z.B. in der gewerbl. Wirtschaft, in einem freien Beruf, auf Grund eines Werkvertrages)	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Art der Tätigkeit: ..... .....	..... .....	EUR ..... EUR .....

1. Nettoeinkünfte		von – bis	Bisheriges Nettoeinkommen im Kalenderjahr
1.5. Eigene Land- und/oder Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja Einheitswert: ..... <i>falls im Einheitswertbescheid nicht berücksichtigt weiters::</i> Zukauf/Zupachtung : ..... Verkauf/Verpachtung:: .....		EUR ..... Ausmaß (ha) ..... Ausmaß (ha) .....
1.6. Sonstige Einkünfte *)	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Art: ..... .....		EUR ..... EUR .....
1.7. Sonstige Leistungen (z.B. Krankengeld, Wochengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, sonstige AMS-Leistungen)	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Art: ..... .....		EUR ..... EUR .....

2. Eigene Unterhaltsansprüche		von – bis	Bisheriges Nettoeinkommen im Kalenderjahr
Höhe des gebührenden bzw. des tatsächlich erhaltenen Unterhalts	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, dann Name, Vers. Nr. und Anschrift der/des Verpflichteten: ..... ..... .....		EUR .....

\*) Sonstige Einkünfte können sein z.B.: Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, Leibrenten, Bezüge, die dem Bezügebegrenzungsgesetz unterliegen.

### HINWEISE FÜR DIE ANTRAGSTELLERIN/DEN ANTRAGSTELLER

Das Jahresnettoeinkommen wird aufgrund Ihrer Angaben neu berechnet. Sie müssen Ihre Angaben durch die Vorlage entsprechender Nachweise belegen z.B.:

- Lohn-/Gehaltszettel,
- letzter Pensions-/Rentenauszahlungsbeleg,
- Bestätigung des Steuerberaters.

Bitte bedenken Sie, dass ein Jahresnettoeinkommen, das in Folge unvollständiger oder unrichtiger Angaben bemessen wurde, aufgrund der realen Einkommensverhältnisse höher festgesetzt werden muss. Sollten sich die für die Berechnung des Jahresnettoeinkommens maßgeblichen Einkommensverhältnisse im betroffenen Kalenderjahr ändern, so müssen Sie dies unverzüglich schriftlich Ihrem zuständigen Krankenversicherungsträger mitteilen.

....., den .....

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers (der/des Bevollmächtigten, Vormundes, bei minderjährigen Kindern der Eltern)

Raum für Kassenvermerke