

**ANTRAG AUF BEFREIUNGEN INFOLGE BESONDERER SOZIALER
SCHUTZBEDÜRFTIGKEIT (z. B. Rezeptgebühren)**

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Versicherungsnummer Tag Monat Jahr </div> Familienstand: _____ Telefonnummer: _____ (für eventuelle telefonische Rückfragen)
---	---

A. EINKOMMENSVERHÄLTNISSE DES(DER) VERSICHERTEN:

Sämtliche Beträge sind als Nettobeträge anzuführen.
 (Einkommensnachweise wie Lohn- oder Gehaltsbestätigung bzw. bei Pensionisten(-innen) die letzte aktuelle Mitteilung des Pensionsversicherungsträgers bitte beilegen.)

Laufende Geldbezüge	Auszahlende Stelle	Monatlicher Betrag in EURO
Lohn, Gehalt bzw. Bezüge aus einer in- oder ausländischen Pensions- oder Rentenversicherung		
Rentenbezug aus einer Unfallversicherung		
Sonstige Einkünfte	Art der sonstigen Einkünfte	Mtl. Betrag/Einheitswert in EURO
wie z.B. Vermietung, Verpachtung, Zinserträge, Sachbezüge, Anlagevermögen, Alimentation, Haus- und Grundbesitz		

B. PERSONEN, DIE MIT DEM(DER) VERSICHERTEN IM GEMEINSAMEN HAUSHALT LEBEN:

Name	Versicherungsnummer	Verwandtschaftsverh.	Mtl. Nettoeinkommen in EURO

C. BEGRÜNDUNG DER BESONDEREN MEDIZINISCHEN UMSTÄNDE:

Krankheiten, auf Grund derer ein erhöhter Medikamentenaufwand gegeben ist:

Name der monatlich benötigten Medikamente und Dosierung:

Sonstige Aufwendungen auf Grund von Krankheiten (z.B. Mehraufwand für Diätverpflegung, häufige Fahrt- oder Transportkosten im Zusammenhang mit Arztbesuchen, Kosten für Heilbehelfe und Hilfsmittel, etc.)

Unterschrift und Stempel des Arztes

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

Ort und Datum

Unterschrift des(der)Antragstellers(-stellerin)

WIRD VON DER KASSE AUSGEFÜLLT!

Einkommen lt. Punkt A - Versicherte(r)	
Einkommen lt. Punkt B - Angehörige(r)	
Summe des Einkommens	
Richtsatz - Versicherte(r)	
Erhöhungsbetrag für Angehörige	
Zurechnungsbetrag	
Gesamtsumme	
Differenz Richtsatz - Gesamteinkommen	

Befreiung bis _____

Antrag auf Befreiung abgelehnt.

Datum

Unterschrift