

Antrag auf Befreiung von der Rezeptgebühr

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

Adresse: PLZ/Wohnort:

Telefon tagsüber:.....

Familienstand:

- ledig Lebensgemeinschaft
- verheiratet geschieden
- verheiratet, aber getrennt lebend verwitwet

Derzeitiges monatliches Nettoeinkommen:

- Pension/Rente Krankengeld
- Gehalt/Lohn Kinderbetreuungsgeld
- Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung 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.....