

Antrag auf Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr

Zutreffendes bitte ankreuzen

Familienname(n)

Vorname(n)

Versicherungsnummer

Lfd. Nr. Tag Monat Jahr

Anschrift:

Telefon(Mobil)Nr.:

Familienstand: ledig verheiratet verh., getrennt lebend geschieden verwitwet Lebensgemeinschaft

Derzeitiges monatliches Nettoeinkommen

HÖHE EUR

Pension, Rente Lohn, Gehalt Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung Krankengeld
Kinderbetreuungsgeld Firmenpension Dienstvertrag, Werkvertrag ausländische Rente

Sonstige Einkommen (z.B. Vermietung): Ja Nein EUR

Sachbezüge (z.B. freie Wohnung, freie Kost), **Hilfe zum Lebensunterhalt** (Sozialhilfe):

Bei geschiedener Ehe (Unterhaltsleistung)

Ist Ihr geschiedener Ehegatte Ihnen gegenüber unterhaltspflichtig? Ja Nein EUR

Scheidungsurteil, Vergleichsausfertigung oder diesbezüglichen Gerichtsbeschluss aus dem dies

ersichtlich ist vorlegen. Bei getrennt lebenden Ehegatten ist der Nachweis über das Nettoeinkommen des getrennt lebenden Ehegatten vorzulegen.

Land- und/oder forstwirtschaftlicher Besitz

Selbstbewirtschaftung Ja Nein Einheitswert: EUR

Verpachtung/Zupachtung (seit:) Ja Nein Einheitswert zu diesem Zeitpunkt: EUR

Übergabe, Verkauf, Schenkung (am:) Ja Nein Einheitswert zu diesem Zeitpunkt: EUR

Sollten die obigen Punkte nicht zutreffen, ersuchen wir um **Bekanntgabe, wovon Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten:**

Leben im gemeinsamen Haushalt noch andere Personen? ja nein Zutreffendenfalls Angaben über **alle** Personen:

Name (in Blockschrift)	Verwandschafts- verhältnis/ Lebensgefährte(in)	Versicherungs- nummer (Geburtsdatum)	Nettoeinkommen der angeführten Personen: Pension, Lohn, Rente, bewirtschafteter od. übergebener landw. Besitz u. dgl.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sämtliche Nachweise zu den Angaben sind dem Antrag beizuschließen!

Welche chronischen Krankheiten oder Gebrechen (Medikamente) verursachen besondere Aufwendungen?

<input type="text"/>	Stempel, Unterschrift d. Arztes/Ärztin
<input type="text"/>	

Ich erkläre, alle Einkommen von mir und den im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen bekanntgegeben zu haben, und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit obiger Angaben.

Beilage(n)

Ort und Datum

Unterschrift