

Antrag auf Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr

Zutreffendes bitte ankreuzen

Leer bleibende Zeilen bitte durchstreichen!

| | | | |
|---|---------------------|---------------------------------------|------|
| Antragstellerin/Antragsteller | Versicherungsnummer | | |
| | Lfd. Nr. | Geb.-Datum | |
| | | | |
| | | Tag | Mon. |
| Familien- oder Nachname/n und Vorname/n: | | | |
| Anschrift: | | Telefon-Nr.: | |
| ledig | | | |
| verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft lebend | | geschieden oder | |
| verwitwet oder hinterbliebene/r eingetragene/r Partner/in | | aufgelöste eingetragene Partnerschaft | |

Bitte sämtliche Einkommensnachweise beischließen!

| | | | | |
|---|-----|-------------------|-----|-------|
| Einkommen der Antragstellerin/des Antragstellers | | | | |
| Pension (Rente): | EUR | brutto | EUR | netto |
| | | davon Pflegegeld: | EUR | |
| Anstalt und Aktenzeichen: | | | | |
| Pension (Rente): | EUR | brutto | EUR | netto |
| Anstalt und Aktenzeichen: | | | | |
| Sonstige Einkommen (z.B. Lohn, Unterhaltsanspruch): | | | | |
| monatlich (wöchentlich): | EUR | brutto | EUR | netto |
| Vermögen oder Realbesitz: | | | | |

| | | | | |
|---|---------------------|-------------------|------|-------|
| Ehegattin/Ehegatte oder eingetragene/r Partnerin/Partner bzw. Lebensgefährtin/Lebensgefährte | Versicherungsnummer | | | |
| | Lfd. Nr. | Geb.-Datum | | |
| | | | | |
| | | Tag | Mon. | Jahr |
| Familien- oder Nachname/n und Vorname/n: | | | | |
| Pension (Rente): | EUR | brutto | EUR | netto |
| | | davon Pflegegeld: | EUR | |
| Anstalt und Aktenzeichen: | | | | |
| Pension (Rente): | EUR | brutto | EUR | netto |
| Anstalt und Aktenzeichen: | | | | |
| Sonstige Einkommen (z.B. Lohn, Unterhaltsanspruch): | | | | |
| monatlich (wöchentlich): | EUR | brutto | EUR | netto |
| Vermögen oder Realbesitz: | | | | |

| Weitere Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben | | | | |
|--|--------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Familien- oder Nachname/n und Vorname/n | Geburtsdatum | Art der Verwandtschaft | monatl. Netto- einkommen | Art und Quelle des Einkommens |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Sonstige Angaben |
|---|
| <p>Krankheiten, die zu einem erhöhten Medikamentenbedarf führen:</p> <p>Anzahl der monatlich benötigten Medikamentenpackungen:</p> <p>Welche?</p> <p>Muss aufgrund von Krankheiten Diät gehalten werden?</p> <p>Wenn ja, welche Diät?</p> <p>Sonstige außerordentliche Belastungen?</p> |

Ich erkläre, dass die Angaben vollständig und richtig sind. Ich werde alle Änderungen, außer der jährlichen Pensionsanpassung, unverzüglich der Kasse bekannt geben.

_____ Datum

_____ Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

| |
|---|
| <p>Bearbeitungsvermerk der Kasse</p> <p>In die vorhandenen Unterlagen wurde Einsicht genommen:</p> <p>_____ Datum _____ Stempel und Unterschrift</p> |
|---|