

ANTRAG

auf Befreiung von der Rezeptgebühr und den Behandlungsbeiträgen

Zu- und Vorname des Versicherten:	Mitgliedsnummer	Vers.-Nr.	Geb. Datum · ·
Wohnanschrift :			
Telefonnummer: Privat, Basa, Handy, Ansprechpartner, (wann erreichbar)			
e-Mail Adresse			
Familienstand: <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> getrennt lebend			
Einkommen des Versicherten: (Bitte alles ausfüllen, Nichtzutreffendes streichen)			
Pension/Rente: €.....netto sonstiges Einkommen: €.....netto Art:.....			
Lohn/Gehalt: €.....netto sonstiges Einkommen: €.....netto Art:.....			
Anzuführen sind alle Einkommen : z.B.: Vermietung, Verpachtung, Grundbesitz, Alimente, Unterhalt, Kinderbetreuungsgeld, Rente-Bundessozialamt, Rente Unfallversicherung, Sozialfürsorgeleistungen, Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung, Nebenjob, Ferialjob, Einkünfte aus der Landwirtschaft (Einheitswert), Pflegegeld und Familienbeihilfe.....			
Beizuschließen sind: letzter monatlicher Pensions/Rentenabschnitt, Lohn/Gehaltsbestätigung ohne Sonderzahlung, Sozialversicherungsbeiträge bzw. Pflegegeld müssen erkennbar sein! Bestätigungen über alle Einkommen müssen dem Antrag beigelegt werden .			

Angehörige - weitere Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben: Ehepartner, Lebensgefährte/in, Kinder, Eltern, Enkel, Schwiegerkinder....

Beizuschließen sind: Pensions/Rentenabschnitt, Lohn/Gehaltsbestätigung, weitere Einkommensbestätigungen, Bestätigung über die Höhe des Pflegegeldes

Bitte alles ausfüllen ! Nichtzutreffendes streichen

Zu- und Vorname	Geburtsdatum · ·	Verwandtschaftsverhältnis	Eigenes Einkommen	
			Art	Nettobetrag
	· ·			
	· ·			
	· ·			
	· ·			
	· ·			

Bitte wenden

FÜR WEN WIRD DIE BEFREIUNG VON DER REZEPTGEBÜHR UND DEN BEHANDLUNGSBEITRÄGEN BEANTRAGT?

- Gesamtbefreiung (Versicherter + alle mitversicherten Angehörigen)
- Versicherte(n)
- Ehegatte bzw. Lebensgefährte
- weitere Angehörige

Name und Geburtsdatum: . . .

Bei Aufenthalt in einem **Pensionisten- bzw. Pflegeheim**: Teilzahler Selbstzahler

Bitte die von Ihnen tatsächlich zu zahlende Heimgebühr angeben: €.....

Beizuschließen ist eine Heimgebührenbestätigung

Bitte auch das gesetzliche Taschengeld bekanntgeben: €.....

Falls die Heimgebühren höher sind als Ihre monatlichen Einkünfte, ersuchen wir um Mitteilung, wer den Differenzbetrag bezahlt: (Gemeinde, Sozialamt, Kinder, aus Vermögen....)

Krankheit oder Gebrechen:

Sonstige Gründe sozialer Schutzbedürftigkeit:

Anzahl der monatlich benötigten Medikamentenpackungen:

Ich erkläre, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe.
Jede Änderung insbesondere der Einkommensverhältnisse werde ich unverzüglich und unaufgefordert der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau mitteilen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben bereits gewährte Vergünstigungen von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zurückgefordert werden können.

Datum

Unterschrift des Versicherten oder Antragsstellers