



Antrag auf Befreiung von der Kostenbeteiligung bzw. Kostenbeteiligung/Rezeptgebühr

| | | |
|--|---------|---------------------|
| Titel, Familienname, Vorname (hauptversichert) | Telefon | Versicherungsnummer |
|--|---------|---------------------|

Ich beantrage die Befreiung von der Kostenbeteiligung für

- ☐ mich
- ☐ meinen Angehörigen _____ mit der VSNR _____

wegen

- ☐ Chemo-/Strahlentherapie* mit Behandlungsbeginn ab _____
- ☐ Dialysebehandlung* mit Behandlungsbeginn ab _____
- ☐ Grad der Behinderung (GdB) bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 Prozent. Einen in Österreich ausgestellten Behindertenpass lege ich bei.

Achtung Pensionsbezieher mit Behinderung!

Pensionsbezieher mit Behinderung, die kein Pflegegeld beziehen, können einen Steuerfreibetrag geltend machen.

- ☐ Ich erkläre, dass ich den Steuerfreibetrag wegen Behinderung noch nicht geltend gemacht habe und beantrage diesen hiermit.

- ☐ Anerkennung als Schwerversehrte(r)*
- ☐ Organtransplantation*
- ☐ Organspende*
- ☐ geringen Einkommens - bei Zutreffen der Voraussetzungen werden Sie auch von der Rezeptgebühr befreit.

Füllen Sie dazu bitte die Rückseite vollständig aus und unterschreiben Sie diese!

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift (hauptversichert)

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage unter www.svs.at/vvt.

* Bitte legen Sie die entsprechenden **ärztlichen Nachweise** bei.

VSNR: _____

Diese Seite ist nur auszufüllen, wenn der Antrag auf Befreiung von Kostenanteil und Rezeptgebühr aufgrund geringen Einkommens gestellt wird.

| | |
|---|---|
| Welche Erkrankung(en) verursacht die erhöhten Kosten? | |
| Müssen Sie aufgrund dieser Erkrankung Medikamente nehmen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? Bitte um Angabe des Medikamentennamens und der täglichen Dosierung. | |
| Bitte führen Sie Ihre Einkommensverhältnisse an: Monatliche Einkünfte* aus Gewerbebetrieb, Vermietung, Verpachtung, Land- und Forstwirtschaft, Pensionen etc. Bei Pensionen, die Sie nicht von der SVS erhalten, bitte die auszahlende Stelle angeben. Sind Sie aufgrund eines gerichtlichen Urteiles, Vergleiches oder einer Vereinbarung unterhaltspflichtig, dann legen Sie bitte die entsprechende Unterlage als Nachweis bei. | |
| Mit wem leben Sie im gemeinsamen Haushalt? Bitte um Angabe von <ul style="list-style-type: none">• Namen und Geburtsdatum• Verwandtschaftsgrad• Art und Höhe des monatlichen Nettoeinkommens* (ohne Familienbeihilfe), bei Pensionen, auch die pensionsauszahlende Stelle | |
| Gibt es außer den Medikamentenkosten weitere Umstände im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung, die Sie finanziell laufend belasten? Wenn ja, bitte um Angabe. | |

Bitte beachten Sie, dass jede Änderung Ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse, die zur Aufhebung der Befreiung führen können, unverzüglich der SVS zu melden ist.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift (hauptversichert)

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage unter www.svs.at/vvt.

* Bitte legen Sie die **entsprechenden Nachweise** bei.