

An die
Sozialversicherungsanstalt
der gewerblichen Wirtschaft

**Antrag auf Befreiung von der Kostenbeteiligung bzw.
Kostenbeteiligung/Rezeptgebühr**

Name des Hauptversicherten	Telefon	VSNR – Geburtsdatum
----------------------------	---------	---------------------

Ich beantrage die Befreiung von der Kostenbeteiligung für

mich

meinen Angehörigen

mit der VSNR

wegen

Chemo-/Strahlentherapie* mit Behandlungsbeginn ab

Dialysebehandlung* mit Behandlungsbeginn ab

**Behinderungsgrad 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 Schwerverseherte(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 des (der) Hauptversicherten

* 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 Fortwirtschaft, Pensionen etc. Bei Pensionen, die Sie nicht von der SVA 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 SVA zu melden ist.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des (der) Hauptversicherten

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