



An die
Sozialversicherungsanstalt
der gewerblichen Wirtschaft

ANTRAG AUF BEFREIUNG VON DER KOSTENBETEILIGUNG UND REZEPTGEBÜHR

ACHTUNG: Dieser Antrag kann nur vom (von der) Hauptversicherten gestellt werden!

Name des (der) Hauptversicherten	VSNR – Geburtsdatum
Adresse	Telefon

Ich beantrage die Befreiung von der Entrichtung der **Kostenanteile** und der **Rezeptgebühr**, weil ich einen erheblichen Teil meiner Einkünfte für diese regelmäßig anfallenden Kosten aufwenden muss. Die folgenden Fragen beantworte ich wahrheitsgemäß:

1. Welche Krankheit verursacht die erhöhten Kosten?			
2. Wird die Krankheit ärztlich behandelt? ja nein Wenn ja, von welchem Arzt?			
3. Müssen aufgrund dieser Erkrankung Medikamente eingenommen werden? ja nein Wenn ja, welche?			
Name des Medikamentes	fallweise	regelm.	Menge pro Tag

4. Wie sind Ihre Einkommensverhältnisse?

- Führen Sie bitte die Art und Höhe der monatlichen Einkünfte (Einkommen aus Gewerbebetrieb, Vermietung und Verpachtung, Land- und Forstwirtschaft; Ausgedinge; Pensionen etc.) an; bei Renten und Pensionen auch die auszahlende Stelle und das Aktenzeichen.

- Bestehen Unterhaltsverpflichtungen aufgrund eines gerichtlichen Urteiles, Vergleiches oder einer Vereinbarung (Unterlagen beilegen).

5. Mit wie vielen Personen leben Sie im gemeinsamen Haushalt?

Bitte führen Sie die Namen, Geburtsdaten und das Verwandtschaftsverhältnis sowie die Art und Höhe der monatlichen Nettoeinkünfte aller im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen an; bei Renten und Pensionen auch die auszahlende Stelle und das Aktenzeichen. Das monatliche Entgelt aus unselbständiger Tätigkeit ist **ohne** eine all-fällige Familienbeihilfe anzugeben.

6. Gibt es außer den Medikamenten weitere Umstände im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung, die Sie in finanzieller Hinsicht dauernd erheblich belasten?
Wenn ja, welche?

ja nein

Ich nehme zur Kenntnis, dass Versicherte, die von der Entrichtung der Kostenanteile beziehungsweise der Rezeptgebühr befreit sind, jede Änderung ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse, die zur Aufhebung der Befreiung führen könnte, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft unverzüglich zu melden haben.

Ich bin mit der Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft einverstanden. Diese Einrichtung übernimmt alle entsprechenden Verschwiegenheitspflichten. Diese aus datenschutzrechtlichen Gründen erforderliche Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des (der) Hauptversicherten

RAUM FÜR VERMERKE DES VERSICHERUNGSTRÄGERS (vom Antragsteller nicht auszufüllen!)