

## Antrag auf Befreiung von Rezeptgebühren wegen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit für Bauern

Zutreffendes bitte ankreuzen

|   |  |                        |
|---|--|------------------------|
| Familienname (auch frühere[r] Name[n]) und Vorname  |  | Versicherungsnummer    |
| Personenstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend<br><input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft<br><input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> hinterbliebene(r) eingetragene(r) Partner/in<br><input type="checkbox"/> ledig |  |                        |
| Wohnanschrift   |  | Telefonnummer          |
| Name des Ehepartners/der Ehepartnerin bzw. des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin   |  | VSNR oder Geburtsdatum |

### A. EINKOMMENSVERHÄLTNISSE DES/DER VERSICHERTEN

| Laufende Geldbezüge   | Versicherte(r)                        |                          |
|---|---------------------------------------|--------------------------|
|   | Auszahlende Stelle                    | mtl. <b>Bruttobetrag</b> |
| Einkommen aus einer unselbständigen Erwerbstätigkeit  |                                       |                          |
| Pensionsbezüge aus in- und ausländischer Pensionsversicherung                                       |                                       |                          |
| Rentenbezüge aus der Unfallversicherung   |                                       |                          |
| Rentenbezug nach dem Kriegsopfer/Opferfürsorge/Heeresversorgungsgesetz                              |                                       |                          |
| Art <b>sonstiger</b> Einkünfte (etwa aus Vermietung, Verpachtung, Anlagevermögen, Sachbezüge, etc.) |                                       |                          |
| Ansprüche auf Unterhaltsleistung  | Name der unterhaltspflichtigen Person |                          |

### B. EINKOMMENSVERHÄLTNISSE DES/DER IM GEMEINSAMEN HAUSHALT LEBENDEN EhePARTNERS/IN BZW. EINGETRAGENEN PARTNERS/IN BZW. SONSTIGER ANGEHÖRIGER

Die Beträge sind als Nettobeträge anzuführen.

| Familien- oder Nachname und Vorname | Versicherungsnummer oder Geburtsdatum | Verwandtschafts- verhältnis | Auszahlende Stelle | mtl. <b>Nettobetrag</b> |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|
|                                     |                                       |                             |                    |                         |
|                                     |                                       |                             |                    |                         |
|                                     |                                       |                             |                    |                         |
|                                     |                                       |                             |                    |                         |
|                                     |                                       |                             |                    |                         |

