

An PZS/Magistratskrankenfürsorge	Eingangsstempel MKF
Ansuchen um Rezeptgebührenbefreiung	

Bitte beachten Sie, dass nur dann eine Bearbeitung gewährleistet werden kann, wenn die mit * gekennzeichneten Pflichtfelder vollständig ausgefüllt sind.

1. Angaben zum/zur Antragsteller*in		
Nachname, Vorname, Titel *		SV-Nr. und Geburtsdatum *
Wohnadresse (Straße und Hausnummer) *	PLZ *	Ort *
Familien- Personenstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert <input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert aber getrennt lebend <input type="checkbox"/> in einer Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> geschieden/ in einer aufgelösten Partnerschaft		
Telefonnummer (optional)	E-Mail-Adresse ⓘ	

ⓘ Mit der Angabe Ihrer E-Mail-Adresse ermächtigen Sie die MKF, auch auf diesem Weg mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

2. Angaben zu den im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen *			
Nachname(n) und Vorname(n)	Verwandtschafts- verhältnis	SV-Nr. und Geburtsdatum	monatliches Nettoeinkommen
			€
			€
			€
			€
			€

3. Angaben zum Einkommen *

Aktuelles monatliches Nettoeinkommen

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Gehalt/Lohn (inkl. Auslandsbezüge) | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Pension/Rente (inkl. Auslandsrente/n)/Unfallrente | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Krankengeld/Wochengeld/Rehabilitationsgeld/Wiedereingliederungsgeld | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Leistung aus Arbeitslosenversicherung | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Witwengenuß | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Bezüge aufgrund eines Dienst- oder Werkvertrages | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Familienbeihilfe | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Unterhalt (Geldleistung aus aufgelöster Ehe oder Partnerschaft) | € _____ |

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Sachbezüge (z.B.: freie Wohnung, freie Kost, PKW) | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Einkommen aus Selbstständigkeit | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges Einkommen (z.B.: aus Vermietung, Verpachtung, Sozialhilfe) | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige finanzielle Verpflichtungen (z.B.: zu leistender Unterhalt) | € _____ |

Land- und forstwirtschaftlicher Besitz

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Selbstbewirtschaftung (Einheitswert) | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Zu- und/oder Verpachtung (Einheitswert) | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Übergabe/Verkauf/Schenkung (am _____) | |

Ich habe kein Einkommen

Ich lebe von:

4. Angaben zu besonders erschwerenden Umständen (*bei erhöhtem Medikamentenbedarf)

Ich bzw. mein(e).....leide(t) an einer Krankheit oder einem Gebrechen, durch die bzw. aus dem dauerhaft besondere Kosten erwachsen.

- ja nein

Art der Erkrankung bzw. des Gebrechens:

Mit der Unterschrift des Arztes/der Ärztin wird die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben bestätigt.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Als Beleg für die obigen Angaben sind dem Antrag folgende Nachweise (in Kopien) beizufügen:

- Nachweis über Ihren letzten Monatsbezug (Lohn- oder Gehaltszettel)
- Nachweis über die Höhe Ihres Ruhe- oder Versorgungsgenusses
- Nachweis über die Höhe einer allfälligen Auslandspension
- Nachweis über die Höhe einer allfälligen Unfallrente
- Nachweis (Einkommensbestätigung) aller im Haushalt lebenden Personen
- Meldezettel aller im gleichen Haushalt lebenden Personen
- Nachweis über aktuelle Unterhaltsbezüge (Scheidungsurteil, Vergleichsausfertigung)
- Nachweis über die Höhe eines allfälligen Nebeneinkommens (Einkommenssteuerbescheid)
- Nachweis über sonstige Einkommen (z.B. Vermietung, Verpachtung, Kapital- und Zinserträge, Beteiligungen)
- Nachweis über eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung (Mitteilung des Arbeitsmarktservice)
- Nachweis über den Bezug von Sozialhilfe (Kontoauszug)
- Einkommensnachweis aus land- und forstwirtschaftlichen Betrieben (Einheitswertbescheid, Pachtvertrag)

Die von Ihnen bekanntgegebenen Daten werden im Magistrat Linz über einen Zeitraum von 7 Jahren nach Abschluss des Verfahrens gespeichert.

Im Zusammenhang mit der Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten haben Sie das Recht auf Auskunft, Richtigstellung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragung sowie das Recht Beschwerde bei der Datenschutzbehörde zu erheben.

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten: Mag. Siegfried Gruber (O.P.P.), Tel: 0732 7070, E-Mail: datenschutz@mag.linz.at

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner getätigten Angaben und stimme zu, dass die Magistratskrankenfürsorge (MKF) meine Angaben überprüfen und gegebenenfalls amtliche Bestätigungen verlangen kann.

Gemäß § 9 der MKF-Satzung sind Sie verpflichtet, der MKF jede Änderung der Familienverhältnisse umgehend schriftlich bekannt zu geben und jeden Schaden, der durch unvollständige oder unrichtige Angaben entsteht, zu ersetzen.

Datum

Unterschrift Antragsteller*in