



Antrag auf Herabsetzung der Beitragsgrundlage

Für Selbstversicherte in der Krankenversicherung

An die:
Vorarlberger Gebietskrankenkasse
Jahngasse 4
6850 Dornbirn

Familien- und Vorname(n)/ Anschrift:

Stark umrandete Felder werden nur durch die Kasse ausgefüllt!

Beitragskonto-Nr.: _____

Vers.Nr.: _____

--	--	--	--	--	--	--	--

Auf Grund der Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes beantrage ich, die Beitragsgrundlage zu meiner Selbstversicherung so weit herabzusetzen, daß sie meinen wirtschaftlichen Verhältnissen entspricht. Dazu gebe ich wahrheitsgemäß bekannt:

Zutreffendes bitte ankreuzen!

1.	Familienstand	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet	alle vorher geführten Namen
2.	Angehörige, die vom Antragsteller erhalten werden (Anzahl, Verwandtschaftsverhältnis, Alter Adresse)					
3.	Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt? Ich nehme voraussichtlich in _____ Monaten eine unselbständig/selbständigen Tätigkeit im Inland /Ausland auf.					
4.	Bruttoeinkünfte aus					monatlich im Durchschnitt
4.1	Sozialhilfe	nein	ja			€
4.2	Pension(en) und/oder Renten	nein	ja, auszahlende Stelle: _____			€
4.3	unselbständiger Erwerbstätigkeit	nein	ja, Art der Tätigkeit: _____ Dienstgeber: _____			€
4.4	selbständiger Erwerbstätigkeit (z.B. in der gewerblichen Wirtschaft, in einem freiem Beruf eines Werkvertrages)	nein	ja Art: _____			€
4.5	Beschäftigung in der Land- und Forstwirtschaft	nein	ja, Art der Tätigkeit: _____ Dienstgeber: _____			€
4.6	eigener Land- und/oder Forstwirtschaft	nein	ja, Art der Tätigkeit: _____ Einheitswert: _____			€
4.7	sonstiger Beschäftigung	nein	ja, Art: _____			€

4. Bruttoeinkünfte aus		monatlich im Durchschnitt
4.8 Vermietung und Verpachtung	nein ja, Art _____ Einheitswert:	€
4.9 Unterhaltsanspruch gegenüber Angehörigen dem geschiedenen Ehegatten	nein ja Name, Anschrift, Verwandtschaftsverhältnis	€
	nein ja, Anschrift: _____	
4.10 Zuwendung von Verwandten und/oder anderen Personen	nein ja, Anschrift: _____	€
4.11 Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, Ersparnissen oder anderen Erlöse)	nein ja Art: _____	€
4.12 sonstige Einkünfte (z.B. Pensionszahlungen, Leibrenten, Einkünfte aus Veräußerungsgeschäften, Gnadenspensionen)	nein ja Art: _____	€
5. Nettoeinkünfte der Angehörigen bzw. Unterhaltspflichtigen des Antragstellers:		
5.1 des Ehegatten (der Ehegattin)		€
5.2 des geschiedenen Ehegatten		€
5.3 der im gemeinsamen Haushalt lebenden Eltern		€
6. Besteht ein eigener Haushalt? Ist eine Unterhaltsverpflichtung zu erfüllen? Unterhaltsberechtigter:	nein ja nein ja	€
7. Schulbesuch oder Studium? Wenn ja, voraussichtliches Ende:	nein Höhe des Stipendiums	€
8. Haben Sie gegenüber einem Wohlfahrtsfonds auf Grund einer satzungsmäßigen vertraglichen Regelung ganz oder teilweise Anspruch auf Ersatz der Beiträge zur Selbstversicherung?	nein ja	
9. Haben Sie in diesem oder im vorangegangenen Kalenderjahr eine Schul- oder Berufsausbildung abgeschlossen und sind Sie seither erwerbslos?	nein ja	
10. sind Sie infolge einer Krankheit oder eines Gebrechens erwerbsunfähig?	nein ja	

Hinweise für den Antragsteller!

Es besteht die Möglichkeit - wenn die sonstigen Voraussetzungen zutreffen - die Beitragsgrundlage zu ihrer Selbstversicherung herabzusetzen. Sie müssen Ihre Angaben durch die Vorlage entsprechender Nachweise belegen (z.B. Einkommensteuerbescheid, letzten Pensions/Rentenauszahlungsbeleg; GRENZGÄNGER: mindestens die letzten drei Lohnzettel oder eine Kopie des Lohnblattes).

Bitte bedenken Sie, dass Sie Beiträge, die infolge unvollständiger oder unrichtiger Angaben herabgesetzt wurden, nachzahlen müssen.

..... den

.....
eigenhändige Unterschrift
(bei Minderjährigen der Eltern oder des Vormundes)

Raum für Kassenvermerke	HV-KV 010/8.95
--------------------------------	-----------------------