



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Eingelangt am: _____

Antrag auf

ÜBERGANGSGELD BEI MEDIZINISCHEN MASSNAHMEN DER REHABILITATION

Rehabilitationseinrichtung

Aufenthalt von bis

Personenbezogene Bezeichnungen, die nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

1. PERSONALDATEN DES VERSICHERTEN (in Blockschrift)

Familienname: Vorname:

Titel: Frühere Namen:

Geschlecht: weiblich männlich Geburtsdatum:

Geburtsort: Land:

Staatsangehörigkeit: seit:

Wenn Sie die deutsche Sprache nicht beherrschen, teilen Sie uns bitte Ihre Muttersprache mit:

Personenstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden
 in eingetragener Partnerschaft lebend hinterbliebene eingetragene Partnerin
 hinterbliebener eingetragener Partner aufgelöste eingetragene Partnerschaft

Datum der Eheschließung(en) / Eintragung der Partnerschaft(en):

Datum des Todes des (der) Gatten (Gattin) / des eingetragenen Partners (der eingetragenen Partnerin)

bzw. der Ehescheidung(en) / Auflösung der Partnerschaft(en):

Adresse:
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

.....
Ort Bundesland Land

.....
Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl) E-Mail



2. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON

- | | | |
|--|---------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung betraute Person
(Sachwalter, mit der Obsorge betraute Person, Vorsorgebevollmächtigter,
gewählter, gesetzlicher oder gerichtlicher Erwachsenenvertreter, Kurator) | <i>Nachweis liegt bei</i> | <i>wird nachgereicht</i> |
| <input type="checkbox"/> bevollmächtigte Person | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Familienname: Vorname:

Adresse:

Straße, Gasse, Platz

Hausnr., Stiege, Tür

Postleitzahl, Ort

Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

Bitte beachten Sie, dass nachstehende Fragen an die versicherte Person gerichtet sind.

3. VERSICHERUNGSVERLAUF (beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

Wurden Ihre Versicherungszeiten bereits festgestellt (zB rückwirkende Erfassung oder bescheidmäßige Feststellung von Versicherungszeiten)?

ja ⇒ ergänzen Sie bitte nur mehr **ab dem Zeitpunkt der letztmaligen Feststellung**.

nein ⇒ führen Sie bitte alle Zeiten

- einer Erwerbstätigkeit
- des Bezuges eines Kranken-/Wochengeldes oder Kinderbetreuungsgeldes
- einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)

im **In- und Ausland** ab Vollendung des 14. Lebensjahres **lückenlos** an.

• Haben Sie Kinder in Österreich, der Schweiz oder in einem EU/EWR-Staat erzogen? ja nein

Hinweis für männliche Versicherte:

Anspruch auf Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung hat vorrangig die weibliche Versicherte. Wenn jedoch Sie selbst das Kind (die Kinder) tatsächlich und überwiegend erzogen haben, beantworten Sie bitte obige Frage.

(Fragebogen Kindererziehungszeiten bitte ausfüllen)

Ausbildungsverlauf	von	bis	Bezeichnung der Schule/ Art der Ausbildung	Abschlussprüfung ja/nein
Berufs-(Fach-)schule				
Höhere Schule				
Hochschule/Universität				

Präsenzdienst/ Zivildienst	von	bis	Ort:
-------------------------------	-----	-----	------



4. KRANKHEIT / BEHINDERUNG

Krankheit, Leiden, Gebrechen:

seit:

.....

Zeitpunkt des Eintritts der Krankheit / Behinderung:

Ist Ihr Leiden die Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit? ja nein
 (wenn Bescheid vorliegt, bitte beilegen!)

Wurde Unfallanzeige erstattet? nein ja
 Versicherungsträger

Ist Ihr Leiden die Folge eines sonstigen Unfalles? nein ja

.....
 Unfallhergang

Ist Ihr Leiden auf Fremdverschulden zurückzuführen? ja nein

Sind Sie gehfähig und im Stande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen? ja nein

5. ANGABEN ÜBER DAS EINKOMMEN

Art des Einkommens (zB Lohn, Krankengeld, Arbeitslosengeld)	seit wann	auszahlende Stelle	Höhe des mtl. Bruttoeinkommens
			EUR

6. ANGABEN ÜBER DIE ANGEHÖRIGEN

Name des Angehörigen	Versicherungs- nummer / Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis	Gemeinsamer Haushalt seit	Art und Höhe des mtl. Nettoeinkommens (bzw. Alimentationszahlungen für Kinder)
				EUR



7. ANWEISUNG

Die Anweisung auf ein Konto

wird gewünscht

Konto bei (Bank): lautend auf (Name):

IBAN: BIC:

wird nicht gewünscht. **Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.**

8. ERKLÄRUNG

Ich nehme zur Kenntnis, dass **kein Anspruch auf Übergangsgeld** besteht, wenn ich die geplanten und mir zumutbaren Maßnahmen nicht antrete, bei der Durchführung nicht entsprechend mitwirke oder diese ohne zwingenden Grund abbreche.

Ich bin verpflichtet, jede Änderung der für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgebenden Familien- und Einkommensverhältnisse **binnen 2 Wochen** zu melden.

Zu Unrecht erbrachte Leistungen sind rückzuerstatten.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Antrag angeschlossen:

ANTRAGSTELLUNG

Sie können den Antrag

- Online oder per E-Mail **digital signiert**,
- per E-Mail (**ohne** digitale Signatur) oder
- Telefax

einbringen.

Wenn Sie den Antrag per E-Mail oder Telefax übersenden, muss das Antragsformular unterschrieben sein. Es dürfen unsererseits keine Zweifel an der Echtheit der Unterschrift bzw. der Identität des Antragstellers bestehen.

Bitte übermitteln Sie Ihren Antrag an die nach Ihrem Wohnsitz zuständige Landesstelle der Pensionsversicherungsanstalt:

Landesstelle Wien

1021 Wien, Friedrich-Hillegeist-Straße 1
pva-lsw@pensionsversicherung.at

Landesstelle Niederösterreich

3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 5
pva-lsn@pensionsversicherung.at

Landesstelle Burgenland

7001 Eisenstadt, Ödenburger Straße 8
pva-lsb@pensionsversicherung.at

Landesstelle Oberösterreich

4021 Linz, Terminal Tower, Bahnhofplatz 8
pva-lso@pensionsversicherung.at

Landesstelle Steiermark

8021 Graz, Eggenberger Straße 3
pva-lsg@pensionsversicherung.at

Landesstelle Kärnten

9021 Klagenfurt am Wörthersee, Südbahngürtel 10
pva-lsk@pensionsversicherung.at

Landesstelle Salzburg

5021 Salzburg, Schallmooser Hauptstraße 11
pva-lss@pensionsversicherung.at

Landesstelle Tirol

6020 Innsbruck, Ing.-Etzel-Straße 13
pva-lst@pensionsversicherung.at

Landesstelle Vorarlberg

6850 Dornbirn, Zollgasse 6
pva-lsv@pensionsversicherung.at

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter der Rufnummer **05 03 03** zur Verfügung.



Information für Antragsteller

Füllen Sie das Antragsformular möglichst genau aus. Jede Unvollständigkeit Ihrer Angaben kann zu Erhebungen und Rückfragen führen und verzögert somit das Feststellungsverfahren.

Alle Dokumente sind im Original, Fotokopie oder beglaubigter Abschrift beizubringen.
Die Vorlage ist **nicht erforderlich**, wenn die Dokumente **bereits** in einem früheren Verfahren **vorgelegt** wurden.

! Gemäß § 110 ASVG werden sämtliche Dokumente, Vollmachten u. dgl. für Zwecke der Sozialversicherung über Verlangen von den zuständigen Behörden g e b ü h r e n f r e i ausgestellt. !

Das Übergangsgeld gebührt ohne Sonderzahlungen bei

- **medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen** (stationäre Heilbehandlungen in Rehabilitationszentren) **ab der 27. Woche** nach Beginn **des Krankenstandes** für die weitere Dauer dieser Maßnahmen anstatt des Krankengeldes.
- Durchführung einer **beruflichen Ausbildung** im Rahmen der Rehabilitation (zB Umschulung auf einen neuen Beruf) **für die gesamte Dauer** dieser Ausbildung.

Das Übergangsgeld wird nicht versteuert.

PERSONALDATEN UND EINKOMMEN DES VERSICHERTEN (Punkt 1 und 5 des Antrages)

Erforderliche Dokumente und Nachweise: Geburtsurkunde (nur bei Geburt außerhalb Österreichs), Heiratsurkunde(n), Urkunde über die eingetragene Partnerschaft, Bestätigung über die Höhe des Einkommens.

VERSICHERUNGSVERLAUF (Punkt 3 des Antrages)

Der Beruf ist nicht allgemein mit „Arbeiter“ oder „Angestellter“ anzugeben, sondern genauer zu bezeichnen, zB Schlosser, Bauhilfsarbeiter, landwirtschaftlicher Hilfsarbeiter, Mithilfe in der (dem) elterlichen Landwirtschaft / Gewerbebetrieb, Techn. Zeichner, Buchhalter, Verkäufer, Diplomkrankenschwester.

Erforderliche Nachweise: Schulzeugnisse ab dem 15. Lebensjahr, Studienbücher, Promotionsurkunde, Lehrvertrag, Lehrzeugnis, Gesellenbrief, Nachweis über Zivildienst etc.

ANGABEN ÜBER DIE ANGEHÖRIGEN (Punkt 6 des Antrages)

Für Ehepartner / eingetragene Partner sowie „sonstige“ Angehörige ist bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen eine Erhöhung des Übergangsgeldes möglich.

Als „sonstige“ Angehörige kommen in Betracht: Eltern, Wahl-, Stief- und Pflegeeltern, Kinder, Wahl-, Stief- und Pflegekinder, Enkel, Geschwister oder nicht verwandte Personen des Versicherten, die seit mindestens zehn Monaten mit dem Versicherten in Hausgemeinschaft leben und unentgeltlich den Haushalt führen.

Zusätzlich gebührt eine Erhöhung für Kinder, Wahl-, Stief- und Pflegekinder, Enkel bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Über die Vollendung des 18. Lebensjahr hinaus ist als Kind anzusehen, wer sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet, nach dem Freiwilligengesetz an einem freiwilligen Sozialjahr teilnimmt, erwerbslos ist oder infolge Krankheit oder Gebrechen erwerbsunfähig ist.

Erforderliche Dokumente und Nachweise: Geburtsurkunde(n), Schulbesuchsbestätigung, Lehrvertrag

DATENSCHUTZ

Sämtliche Sie betreffende Informationen werden von uns im Sinne des Datenschutzgesetzes vertraulich behandelt.

Übermittlungen von Daten an andere Stellen erfolgen nur, soweit dies zur Wahrnehmung der gesetzlich übertragenen Aufgaben für uns selbst oder für eine uns um Verwaltungshilfe ersuchende Stelle (Sozialversicherungsträger, Gericht, Verwaltungsbehörde) eine wesentliche Voraussetzung bildet.





Versicherungsnummer

FRAGEBOGEN KINDERERZIEHUNGSZEITEN

Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen ☒

Antragstellende (verstorbene) Person		VSNR / Geburtsdatum	
Familienname		Titel	
Vorname		Geschlecht	

Zur Feststellung, ob Kindererziehungszeiten vorliegen, füllen Sie bitte diesen Fragebogen sowie die beiliegende Erklärung aus und schicken diese unterschrieben zurück!

Kindererziehungszeiten erhält jener Elternteil, der das Kind / die Kinder **tatsächlich und überwiegend** erzogen hat. Wechseln sich die Eltern bei der überwiegenden Erziehung ab, wird dies bei der Anrechnung berücksichtigt. Kindererziehungszeiten werden auch angerechnet, wenn die Eltern während der Erziehung gearbeitet haben.

Als Kinder gelten	Erforderliche Dokumente (Kopien)	Nachweis	
		liegt bei	wird nachgereicht
eheliche Kinder	Geburtsurkunde bei Geburt im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uneheliche Kinder	Vaterschaftsnachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefkinder	Heiratsurkunde oder Partnerschaftsurkunde mit dem leiblichen Elternteil des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahl-(Adoptiv-)kinder	Adoptionsvertrag oder Adoptionsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegekinder	Nur wenn die Übernahme in die unbezahlte Pflege nach dem 31.12.1987 erfolgte: Pflegschaftsvertrag oder Gerichtsbeschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Bitte Zutreffendes ankreuzen

ERKLÄRUNG ZUR KINDERERZIEHUNG

Versicherungsnummer

Ich, geb.: erkläre wahrheitsgemäß, dass

ich bzw. die verstorbene Person nachstehend angeführte(s) Kind(er) tatsächlich und überwiegend erzogen habe (hat).



	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Familienname				
Vorname				
Versicherungsnummer / Geburtsdatum				
Ort der Geburt				
ehelich, unehelich, Stiefkind				
adoptiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
zur Adoption freigegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	am	am	am	am
Pflegekind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	seit	seit	seit	seit
Bezogen Sie Pflegekindergeld / Pflegeelterngehalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Erziehung in Österreich in den ersten 4 bzw. 5 (bei Mehrlingsgeburten) Lebensjahren tatsächlich und überwiegend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit vom bis vom bis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit vom bis vom bis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit vom bis vom bis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit vom bis vom bis

Bitte Zutreffendes ankreuzen

ERKLÄRUNG ZUR KINDERERZIEHUNG

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Erziehung außerhalb Österreichs in den ersten 4 bzw. 5 (bei Mehrlingsgeburten) Lebensjahren tatsächlich und überwiegend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom bis Staat vom bis Staat.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom bis Staat..... vom bis Staat.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom bis Staat..... vom bis Staat.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom bis Staat..... vom bis Staat.....
Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe, Wochengeld oder Betriebshilfe (für selbständige Personen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Kindererziehungszeiten bereits bei einer anderen Person beantragt bzw. berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Person (VSNR):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Person (VSNR):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Person (VSNR):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Person (VSNR):
Daten des anderen Elternteiles: Familienname Vorname VSNR
Bezog der andere Elternteil Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe, Wochengeld oder Betriebshilfe (für selbständige Personen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat der andere Elternteil in den ersten 4 bzw. 5 (bei Mehrlingsgeburten) Lebensjahren des Kindes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

Datum	Unterschrift der antragstellenden Person	Unterschrift des zweiten Elternteiles
--------------	---	--