



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Eingelangt am: \_\_\_\_\_

# Antrag auf

- MASSNAHMEN DER BERUFLICHEN REHABILITATION / ÜBERGANGSGELD
- MASSNAHMEN DER BERUFLICHEN REHABILITATION / ÜBERGANGSGELD IN KOMBINATION MIT ÜBERGANGSGELD IM RAHMEN MEDIZINISCHER 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 / Nachname: ..... 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

- |  |                           |                          |
|--|---------------------------|--------------------------|
|  | <i>Nachweis liegt bei</i> | <i>wird nachgereicht</i> |
| <input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung / Obsorge betraute Person | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> bevollmächtigte Person                                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> mit der Sachwalterschaft betraute Person                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

Familienname / Nachname: ..... Vorname: .....

Adresse: .....  
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür  
 .....  
Postleitzahl, Ort Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

Bitte beachten Sie, dass nachstehende Fragen an den Versicherten 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-/Wohengeldes 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. AUSBILDUNGSWUNSCH

.....

#### 5. BEREITS DURCHGEFÜHRTE REHABILITATIONSMASSNAHMEN

Wurden bereits Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, welche und bei welcher(m) Schulungsinstitution und Kostenträger?

.....

#### 6. KRANKHEIT / BEHINDERUNG

Krankheit, Leiden, Gebrechen: (wenn ärztliche Gutachten vorliegen, bitte beilegen!) 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

#### 7. ANGABEN ÜBER DAS EINKOMMEN

Kein Einkommen

Einkommen aus unselbstständiger Erwerbstätigkeit  
(zB Entgeltfortbezug, Lohn, Gehalt) brutto mtl. EUR .....

Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit jährlich EUR .....

Land-(forst)wirtschaftlicher Besitz mit einem Einheitswert von EUR .....

Geldleistung nach dem Arbeitsmarktservicegesetz  
(zB Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes) EUR .....

Sonstiges Einkommen aus ..... brutto mtl. EUR .....  
(zB Verpachtung, politischer Funktion, dem Ausland)

Bezug einer Leistung aus der

Krankenversicherung (zB Krankengeld) ..... brutto mtl. EUR .....

Arbeitslosenversicherung (zB Arbeitslosengeld, Notstandshilfe,  
Pensionsvorschuss) ..... brutto mtl. EUR .....

Sind Sie damit einverstanden, dass wir uns mit Rückfragen direkt an Ihren Arbeitgeber wenden?

ja .....  nein

Name, Adresse, Tel. Nr. des Arbeitgebers

**8. BUNDESPFLEGEgeld**

Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (zB Landespflegegeld, Pflege- bzw. Blindenzulage, erhöhte Familienbeihilfe)?

ja .....  nein  
Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen

**9. ANGABEN ÜBER DIE ANGEHÖRIGEN**

Name des Angehörigen	Versicherungsnummer / Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Gemeinsamer Haushalt seit	Art und Höhe des mtl. Nettoeinkommens (bzw. Alimentationszahlungen für Kinder)	
					EUR
					EUR
					EUR
					EUR
					EUR
					EUR

**10. ANWEISUNG**

Die Anweisung auf ein Konto

wird gewünscht

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

IBAN: ..... BIC: .....

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

**11. ZUSTIMMUNGserklärung gem. § 8 Abs. 1 Z 2 und § 9 Z 6 DSGVO**

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass durch die Dienststellen des AMS und der Pensionsversicherungsträger im Zusammenhang mit der Bearbeitung meines Antrages auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation medizinische und psychologische Gutachten sowie Berufsberatungsgutachten bzw. Daten daraus an beteiligte Behörden, Ämter und Körperschaften sowie an den Schulungsträger weitergeleitet werden.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift der antragstellenden Person

## 12. ERKLÄRUNG

Ich erkläre, dass ich die in diesem Antragsformular enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Ich wurde über die Ziele und Möglichkeiten der Rehabilitation informiert und beraten, stimme den vorgeschlagenen Maßnahmen zu und nehme folgendes zur Kenntnis:

Der Versicherte hat bei der Durchführung der Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend mitzuwirken. Entzieht sich der Versicherte den Maßnahmen der Rehabilitation oder vereitelt oder gefährdet er durch sein Verhalten ihren Zweck, so sind, wenn ihm diese Maßnahme unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs seiner Ausbildung sowie der von ihm bisher ausgeübten Tätigkeit zumutbar sind, das Übergangsgeld und allfällige Zuschüsse und Zulagen zu versagen.

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

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

### **Landesstelle Wien**

1021 Wien, Friedrich-Hillegeist-Straße 1

### **Landesstelle Kärnten**

9021 Klagenfurt am Wörthersee, Südbahngürtel 10

### **Landesstelle Niederösterreich**

3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 5

### **Landesstelle Salzburg**

5021 Salzburg, Schallmooser Hauptstraße 11

### **Landesstelle Burgenland**

7001 Eisenstadt, Ödenburger Straße 8

### **Landesstelle Tirol**

6020 Innsbruck, Ing.-Etzel-Straße 13

### **Landesstelle Oberösterreich**

4021 Linz, Terminal Tower, Bahnhofplatz 8

### **Landesstelle Vorarlberg**

6850 Dornbirn, Zollgasse 6

### **Landesstelle Steiermark**

8021 Graz, Eggenberger Straße 3

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 7 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 9 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

Sehr geehrte Frau!  
Sehr geehrter Herr!

Zur Feststellung, ob Zeiten der Kindererziehung in Ihrem Versicherungsverlauf bzw. bei Hinterbliebenenpensionen im Versicherungsverlauf des / der Verstorbenen zu berücksichtigen sind, ersuchen wir Sie, die umseitige Erklärung ausgefüllt an uns zu retournieren. Die angeführten Fragen beziehen sich auf die **ersten vier Lebensjahre** des Kindes / der Kinder bzw. bei **Mehrlingsgeburten** auf die **ersten fünf Lebensjahre** der Kinder.

Zeiten der Kindererziehung gebühren dem Elternteil, der das Kind / die Kinder **tatsächlich und überwiegend** erzo-gen hat.

Eine von Ihnen bzw. dem / der Verstorbenen innerhalb der ersten vier Lebensjahre des Kindes bzw. der ersten fünf Lebensjahre der Kinder ausgeübte versicherungspflichtige Tätigkeit hindert nicht die (zusätzliche) Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung, wenn die Erziehung dadurch nicht unterbrochen wurde.

### Als Kinder gelten:

### *Erforderliche Dokumente:*

#### **eheliche Kinder**

- Geburtsurkunde

### *Zusätzlich zur Geburtsurkunde für:*

#### **uneheliche Kinder**

- nur von männlichen Versicherten: Vaterschaftsnachweis (Anerkenntnis / Urteil)

#### **Wahl-(Adoptiv)kinder**

- Adoptionsurkunde bzw. Adoptionsvertrag

#### **Stiefkinder**

- Nachweis über die Eheschließung mit dem leiblichen Elternteil Ihres Stiefkindes

#### **Pflegekinder**

- nur wenn die Übernahme in unentgeltliche Pflege nach dem 31.12.1987 erfolgte: Gerichtsbeschluss bzw. Ermächtigung des / der Erziehungsberechtigten





# ERKLÄRUNG

Bitte zutreffendes ankreuzen

Ich ....., geb.: ..... erkläre wahrheitsgemäß, dass

ich bzw.  die / der Verstorbene 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
zur Adoption freigegeben?	<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
Pflegekind?	seit ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erziehung in Österreich in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren	<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
• in der Zeit	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....

# ERKLÄRUNG

Bitte zutreffendes ankreuzen



	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Erziehung außerhalb Österreichs	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Staat	..... vom ..... bis .....	..... vom ..... bis .....	..... vom ..... bis .....	..... vom ..... bis .....
Staat	.....	.....	.....	.....
Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz? *	<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 im Versicherungsverlauf einer anderen Person bereits beantragt bzw.berücksichtigt?	<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
Versicherungsnummer / Geburtsdatum des anderen Elternteiles	..... / .....	..... / .....	..... / .....	..... / .....
Hat der andere Elternteil in den ersten vier bzw. fünf 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
Bezogen der andere Elternteil Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz?	<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

\* Zutreffendenfalls betreffen die Fragen die / den Verstorbene(n).

Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift