



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Eingelangt am:

Antrag auf

- BERUFLICHE MASSNAHMEN DER REHABILITATION / ÜBERGANGSGELD
- ODER
- ÜBERGANGSGELD BEI MEDIZINISCHEN MASSNAHMEN DER REHABILITATION

Rehabilitationseinrichtung

Aufenthalt von bis

! Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf beiliegendem Informationsblatt !

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit gelten sämtliche Personenbezeichnungen trotz Verwendung der männlichen Sprachform gleichermaßen für alle Geschlechter.

1. PERSONALDATEN DER VERSICHERTEN PERSON (in Blockschrift)

Familienname: Vorname:

Titel: Frühere Namen:

Geschlecht: Geburtsdatum:

Geburtsort: Land:

Staatsangehörigkeit: seit:

Adresse:

Straße, Gasse, Platz

Hausnr., Stiege, Tür

Postleitzahl

..... Ort Bundesland Land

..... Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

..... E-Mail

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

- ledig verheiratet verwitwet geschieden
 in eingetragener Partnerschaft lebend aufgelöste eingetragene Partnerschaft
 hinterbliebener eingetragener Partner

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

Datum der Ehescheidung(en) / Auflösung der Partnerschaft(en):

Datum des Todes des Ehegatten / des eingetragenen Partners:



2. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON

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

(Wenn ja, bitte Fragebogen Kindererziehungszeiten ausfüllen)

Ausbildung	von	bis	Bezeichnung und Ort der Schule / Art der Ausbildung	Ausbildung abgeschlossen
Berufs-(Fach-)schule				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Höhere Schule				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hochschule / Universität				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



4. AUSBILDUNGSWUNSCH (nur bei Antrag auf berufliche Maßnahmen der Rehabilitation auszufüllen)

.....

5. BEREITS DURCHGEFÜHRTE BERUFLICHE MASSNAHMEN DER REHABILITATION

Wurden bereits berufliche Maßnahmen der Rehabilitation durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche:

Bei welcher Schulungsinstitution:

Bei welchem Kostenträger:

6. ANGABEN ZU IHREM GESUNDHEITSZUSTAND

Krankheit, gesundheitliche Beeinträchtigung, Gebrechen:
(Bitte ärztliche Gutachten / Befunde beilegen!)

seit:

.....

.....

Sind Sie im Stande persönlich zu einer ärztlichen Untersuchung zu kommen? ja nein

- Ist Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung die Folge eines **Arbeitsunfalles** oder einer **Berufskrankheit**?
(Bitte Bescheid beilegen, wenn vorhanden!)

Arbeitsunfall nein ja

Wurde Unfallanzeige erstattet? nein ja
Angabe des Versicherungsträgers

Berufskrankheit nein ja
Angabe der Berufskrankheit

- Ist Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung die Folge eines **sonstigen Unfalles**?

nein ja
Unfallhergang

- Ist Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung durch Dritte verursacht worden?

nein ja
Datum Name und Anschrift des Schädigers

Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht? nein ja

- Ist Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung durch eine von Ihnen begangene Handlung vorsätzlich herbeigeführt worden?

nein ja

War / Ist bei Gericht ein Verfahren anhängig?

nein ja
Zuständiges Gericht / Geschäftszahl



7. ANGABEN ÜBER DAS EINKOMMEN

- Kein Einkommen
- Einkommen aus unselbstständiger Erwerbstätigkeit
(zB Entgeltfortbezug, Lohn, Gehalt) brutto mtl. EUR
- Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit jährlich EUR
- Einkünfte aus Land(Forst)wirtschaft 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, Rehabilitationsgeld) brutto mtl. EUR
- Arbeitslosenversicherung (zB Arbeitslosengeld, Notstandshilfe) 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 Bundespflegegeld oder eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (zB 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	Art und Höhe des mtl. Nettoeinkommens (bzw. Alimentationszahlungen für Kinder)
			<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein	



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. ERKLÄRUNG

Ich erkläre, dass ich die in diesem Antragsformular enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe und nehme Folgendes zur Kenntnis:

Die versicherte Person hat bei der Durchführung der Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend mitzuwirken. Entzieht sich die versicherte Person den Maßnahmen der Rehabilitation oder vereitelt oder gefährdet sie durch ihr Verhalten deren Zweck, so sind, wenn ihr diese Maßnahme unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie der von ihr bisher ausgeübten Tätigkeit zumutbar sind, das Übergangsgeld und allfällige Zuschüsse und Zulagen zu versagen.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass durch die Dienststellen des AMS und der Pensionsversicherungsträger im Zusammenhang mit der Bearbeitung des Antrages auf berufliche Maßnahmen der Rehabilitation, medizinische und psychologische Gutachten sowie Berufsberatungsgutachten bzw. Daten daraus an beteiligte Behörden, Ämter und Körperschaften weitergeleitet werden. Ich wurde über die Ziele und Möglichkeiten der beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation informiert und beraten und stimme den vorgeschlagenen Maßnahmen zu.

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:





**Informationsblatt zum Antrag auf
berufliche Maßnahmen der Rehabilitation / Übergangsgeld
ODER
Übergangsgeld bei medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit gelten sämtliche Personenbezeichnungen trotz Verwendung der männlichen Sprachform gleichermaßen für alle Geschlechter.

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, etc. für Zwecke der Sozialversicherung über Verlangen von den zuständigen Behörden g e b ü h r e n f r e i ausgestellt.



PERSONALDATEN UND EINKOMMEN DER VERSICHERTEN PERSON (Punkte 1 und 7 des Antrages)

Erforderliche Dokumente und Nachweise:

- > Geburtsurkunde (nur bei Geburt außerhalb Österreichs)
- > Heiratsurkunde(n)
- > Urkunde(n) über die eingetragene(en) Partnerschaft(en)
- > Staatsbürgerschaftsnachweis
- > Bestätigung(en) über die Höhe des / der Einkommen(s)

VERSICHERUNGSVERLAUF (Punkt 3 des Antrages)

Sofern noch nicht festgestellt, bitte alle in- und ausländischen Beschäftigungszeiten beziehungsweise Versicherungszeiten, Lehrzeiten, Zeiten selbstständiger Erwerbstätigkeit, der Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug), Zeiten des Aufenthaltes in einer Kranken- oder Kuranstalt, des Urlaubes gegen Entfall des Arbeitsentgeltes aus Anlass der Mutterschaft (Karenzurlaub), des Bezuges von Krankengeld, Wochengeld, Rehabilitationsgeld oder Übergangsgeld **ab Vollendung des 14. Lebensjahres** in der richtigen zeitlichen Reihenfolge **lückenlos** anführen.

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, Technischer Zeichner, Buchhalter, Verkäufer, Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger.

Sollten Sie keine Nachweise für die von Ihnen angeführten Beschäftigungszeiten besitzen, ersuchen wir, **keinesfalls von sich aus** beim jeweiligen Krankenversicherungsträger oder beim Dachverband der Sozialversicherungsträger diesbezügliche Erhebungen einzuleiten. Erhebungen über Beschäftigungszeiten werden **ausnahmslos** vom zuständigen Pensionsversicherungsträger durchgeführt.

<i>Beispiel:</i>			
1.6.1968	30.9.1969	Mithilfe im elterl. Gewerbebetrieb	Adam, Neulengbach, Wasserweg 1
1.10.1969	30.6.1970	Präsenzdienst	
1.7.1970	31.12.1973	Stahlbauschlosserlehrling	Fa. Bosch, Wien 11, Simm. Hauptstraße 13
1.1.1974	31.7.1996	Stahlbauschlosser	Fa. Bosch, Wien 11, Simm. Hauptstraße 13
1.8.1996	laufend	Werkmeister	Fa. KMB Metallbau, Wien 21, Schererstr. 16

Erforderliche Dokumente und Nachweise:

- Schulzeit > Schulzeugnisse ab dem 15. Lebensjahr
- Studium > Studienbücher, Promotionsurkunde
- Lehrzeit > Lehrvertrag, Lehrzeugnis, Gesellenbrief etc.
- Zivildienst > Nachweis über Zivildienst

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 der versicherten Person, die seit mindestens zehn Monaten mit der versicherten Person 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)
- > Lehrvertrag / Lehrverträge
- > Schulbesuchsbestätigung(en)

DATENSCHUTZ

Sämtliche Sie betreffende Informationen werden von uns unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen 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.

ANTRAGSTELLUNG

Das Antragsformblatt kann bei allen Landesstellen der Pensionsversicherungsanstalt oder bei einem unserer Sprechertage, aber auch bei anderen Sozialversicherungsträgern (zB Österreichische Gesundheitskasse) und Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung (zB Magistrat, Bezirkshauptmannschaft) abgegeben werden.

Ein bei einer Gemeinde gestellter Antrag gilt mit dem Tag der Einbringung bei dieser als gestellt, wenn der Antrag binnen **zwei Monaten** bei einem Versicherungsträger einlangt.

Sie können den Antrag

- online oder per E-Mail **digital signiert**,
- per E-Mail (**ohne** digitale Signatur) oder
- per 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 in Ihrem Bundesland eingerichtete Landesstelle der Pensionsversicherungsanstalt:

Landesstelle Wien

Friedrich-Hillegeist-Straße 1, 1021 Wien
pva-lsw@pv.at
Fax: 05 03 03-288 50

Landesstelle Niederösterreich

Kremser Landstraße 5, 3100 St. Pölten
pva-lsn@pv.at
Fax: 05 03 03-328 50

Landesstelle Burgenland

Ödenburger Straße 8, 7001 Eisenstadt
pva-lsb@pv.at
Fax: 05 03 03-338 50

Landesstelle Oberösterreich

Terminal Tower, Bahnhofplatz 8, 4021 Linz
pva-lso@pv.at
Fax: 05 03 03-368 50

Landesstelle Steiermark

Eggenberger Straße 3, 8021 Graz
pva-lsg@pv.at
Fax: 05 03 03-348 50

Landesstelle Kärnten

Südbahngürtel 10, 9021 Klagenfurt am Wörthersee
pva-lsk@pv.at
Fax: 05 03 03-358 50

Landesstelle Salzburg

Schallmooser Hauptstraße 11, 5021 Salzburg
pva-lss@pv.at
Fax: 05 03 03-378 50

Landesstelle Tirol

Ing.-Etzel-Straße 13, 6020 Innsbruck
pva-lst@pv.at
Fax: 05 03 03-388 50

Landesstelle Vorarlberg

Zollgasse 6, 6850 Dornbirn
pva-lsv@pv.at
Fax: 05 03 03-398 50

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



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, am <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
zur Adoption freigegeben?	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
Pflegekind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
seit	seit	seit	seit	seit
Bezogen Sie ein Entgelt aufgrund der Pflege dieses Kindes? (zB freier Dienstvertrag, Dienstverhältnis) Hinweis: Pflegekindergeld / Pflegeeltern geld ist kein Entgelt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
vom	vom	vom	vom	vom
bis	bis	bis	bis	bis
Wurden für Sie aufgrund der Pflege dieses Kindes Beiträge zur freiwilligen Versicherung in der Pensionsversicherung teilweise oder zur Gänze übernommen? (zB durch ein Bundesland)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Erziehung in Österreich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
in den ersten 4 bzw. 5 (bei Mehrlingsgeburten) Lebensjahren tatsächlich und überwiegend?	<input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit			
vom	vom	vom	vom	vom
bis	bis	bis	bis	bis
vom	vom	vom	vom	vom
bis	bis	bis	bis	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
Bezug 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

Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet.

Ich bin mir bewusst, dass unvollständige und falsche Angaben rechtliche Konsequenzen haben können.

Ich bin darüber informiert, dass Leistungen, die aufgrund unrichtiger, unvollständiger oder verspäteter Angaben erbracht wurden, zurückgezahlt werden müssen.

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

