



Eingelangt am: _____

Antrag auf

- WITWENPENSION
- WITWERPENSION
- PENSION FÜR HINTERBLIEBENE EINGETRAGENE PARTNERIN
- PENSION FÜR HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNER
- WAISENPENSION für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

! Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf beiliegendem Informationsblatt !

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

1. PERSONALDATEN DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN (in Blockschrift)

Bitte unbedingt ausfüllen																					
Versicherungsnummer	Geburtsdatum																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										

Familienname / Nachname: Vorname:

Titel: Frühere Namen:

Geschlecht: weiblich männlich Geburtsdatum:

Geburtsort: Land:

Staatsangehörigkeit: seit:

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

Letzter Wohnort:

Straße, Gasse, Platz

Hausnr., Stiege, Tür

Postleitzahl

.....
Ort

.....
Bundesland

.....
Land

Todestag: Todesursache:

Ist der Tod die Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit? ja nein

Ist der Tod durch Unfall bzw. Dritte verursacht worden?

nein ja
Datum Name und Anschrift der Person die den Schaden verursacht hat

Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht?

nein ja

zuständiges Gericht, Geschäftszahl

2. PERSONALDATEN DER WITWE / DES WITWERS / DER EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES EINGETRAGENEN PARTNERS (in Blockschrift)

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

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: 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

3. PERSONALDATEN DER WAISE(N) (in Blockschrift)

3.1 WAISE 1

Familienname: Vorname:

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: /

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit:

eheliches Kind uneheliches Kind legitimes Kind adoptiertes Kind Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer vorliegt):

..... /

Straße, Gasse, Platz

Hausnr., Stiege, Tür

Postleitzahl

..... /

Ort

Bundesland

Land

Ist die Waise Vollwaise?

nein

ja

Name des anderen leiblichen Elternteiles (Adoptivelternteiles):

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension/Rente?

ja

nein

Versicherungsträger, Aktenzeichen

3.2 WAISE 2

Familienname: Vorname:

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: /

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit:

eheliches Kind uneheliches Kind legitimates Kind adoptiertes Kind Stiefkind

Adresse (*nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer vorliegt*):

.....
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl
.....
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?

- nein
- ja

Name des anderen leiblichen Elternteiles (Adoptivelternteiles):

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension/Rente?

- ja nein
- Versicherungsträger, Aktenzeichen

3.3 WAISE 3

Familienname: Vorname:

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: /

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit:

eheliches Kind uneheliches Kind legitimates Kind adoptiertes Kind Stiefkind

Adresse (*nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer vorliegt*):

.....
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl
.....
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?

- nein
- ja

Name des anderen leiblichen Elternteiles (Adoptivelternteiles):

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension/Rente?

- ja nein
- Versicherungsträger, Aktenzeichen

3.4 WAISE 4

Familienname: Vorname:

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: /

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit:

eheliches Kind uneheliches Kind legitimates Kind adoptiertes Kind Stiefkind

Adresse (*nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer vorliegt*):

.....
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl
.....
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?

- nein
- ja

Name des anderen leiblichen Elternteiles (Adoptivelternteiles):

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension/Rente?

- ja nein
- Versicherungsträger, Aktenzeichen

3.5 WAISE 5

Familienname: Vorname:

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: /

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit:

eheliches Kind uneheliches Kind legitimates Kind adoptiertes Kind Stiefkind

Adresse (*nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer vorliegt*):

.....
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl
.....
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?

- nein
- ja

Name des anderen leiblichen Elternteiles (Adoptivelternteiles):

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension/Rente?

- ja nein
- Versicherungsträger, Aktenzeichen

5.3 ERGÄNZENDE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSVERLAUF DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN

- Hat der/die Verstorbene jemals direkt an einen Pensionsversicherungsträger Beiträge entrichtet?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen
- Wurden für die/den Verstorbene(n) bei einem Pensionsversicherungsträger Beiträge zur Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes entrichtet?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

-
- War der/die Verstorbene im Ausland unselbstständig und/oder selbstständig erwerbstätig?
 ja nein
Staat(en)
 - Hatte der/die Verstorbene seinen/ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein?
 ja nein
Staat(en)
 - Hat der/die Verstorbene Versicherungszeiten im Ausland erworben, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein (zB durch Übertragung, freiwillige Versicherung, Teilung)?
 ja nein
Staat(en)
 - Wurde die Vormerkung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

-
- Sind Sie an einem (weiteren) **Nachkauf der Schul-, Studien- bzw. Ausbildungszeiten** ab dem 15. Lebensjahr des/der Verstorbenen interessiert? ja nein

-
- Hat der/die Verstorbene Kinder in Österreich, der Schweiz oder in einem EU/EWR-Staat erzogen? ja nein

Hinweis bei männlichen Verstorbenen:

Anspruch auf Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung hat vorrangig die weibliche Versicherte. Hat jedoch der Kindes-, Adoptiv- oder Stiefvater das Kind (die Kinder) tatsächlich und überwiegend erzogen, beantworten Sie bitte obige Frage.

(Fragebogen Kindererziehungszeiten bitte ausfüllen)

-
- Hat die Verstorbene anlässlich einer Eheschließung einen Ausstattungsbeitrag bzw. eine Beitragserstattung erhalten?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

6. ANGABEN ZUR WITWE / ZUM WITWER / ZUR HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERIN / ZUM HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNER

- War die Ehe / eingetragene Partnerschaft im Zeitpunkt des Todes des/der Versicherten aufrecht?

ja => Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass meine Ehe / eingetragene Partnerschaft mit dem/der Versicherten im Zeitpunkt des Todes aufrecht war (weder geschieden noch aufgelöst oder für nichtig erklärt wurde), und dass ich mich seit dem Tode des/der Versicherten nicht wiederverehelicht habe bzw. keine neue Partnerschaft habe eintragen lassen.
.....
Unterschrift der Witwe (des Witwers) / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin (des hinterbliebenen eingetragenen Partners)

- nein => Wann und bei welchem Gericht wurde die Ehe geschieden / die eingetragene Partnerschaft aufgelöst bzw. für nichtig erklärt? (Bitte Kopie des Scheidungsurteils und einer eventuellen Vergleichsausfertigung / der gerichtlichen Auflösungsentscheidung beilegen.)

..... Datum zuständiges Gericht, Geschäftszahl

- Bestand im Zeitpunkt des Todes Ihres Gatten (Ihrer Gattin) / des eingetragenen Partners (der eingetragenen Partnerin) auf Grund eines gerichtlichen Urteils oder Vergleiches bzw. einer vor Auflösung der Ehe / der eingetragenen Partnerschaft eingegangenen vertraglichen Vereinbarung ein Unterhaltsanspruch oder wurde ein Unterhalt geleistet?

nein ja Seit wann? Höhe des mtl. Unterhaltes: EUR

- Enthält das Scheidungsurteil / die gerichtliche Auflösungsentscheidung den Ausspruch nach § 61 Abs. 3 Ehegesetz / § 18 Abs. 3 Eingetragene Partnerschaft-Gesetz? ja nein

- Haben Sie sich nach der Ehe / der eingetragenen Partnerschaft mit dem/der Verstorbenen neuerlich verhehlicht / in einer neuen Partnerschaft eintragen lassen? ja nein

- Hatten Sie jemals aus einer früheren Ehe / eingetragenen Partnerschaft einen Anspruch auf Witwen(Witwer)pension / Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin (Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner)?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

6.1 EINKOMMEN DER WITWE / DES WITWERS / DER HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERS
(beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

- Stehen Sie derzeit in Beschäftigung?

ja Name und Anschrift des Dienstgebers:
.....
Höhe des mtl. Bruttoeinkommens: EUR

nein

- Sind Sie selbstständig erwerbstätig oder üben Sie eine (mehrere) Funktion(en) in einer Personen- oder Kapitalgesellschaft aus bzw. sind Sie an einer solchen beteiligt?

(Geben Sie uns Ihre selbstständige Erwerbstätigkeit auch an, wenn Sie daraus **kein** Einkommen erzielen.)

- ja: in einem Gewerbebetrieb freiberuflich
 als geschäftsführender Gesellschafter Funktion
 in einem land- (forst)wirtschaftlichen Betrieb Beteiligung
 auf Basis eines Werkvertrages auf sonstige Art

Höhe des durchschnittlichen mtl. Einkommens: EUR.....

Name und Anschrift/Standort des Betriebes:

Genaue Bezeichnung Ihrer selbstständigen (freiberuflichen) Erwerbstätigkeit/Funktion:
.....

nein, beendet seit

- Erhalten Sie auf Grund einer politischen Funktion Bezüge nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen? ja nein

- Haben (Hatten) Sie einen land- (forst)wirtschaftlichen Grundbesitz?
 - ja, wo? von wann bis wann?
 - selbst bewirtschaftet verpachtet übergeben gepachtet oder zugepachtet
 - nein

6.2 SONSTIGE BEZÜGE DER WITWE / DES WITWERS / DER HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERS
(beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

Beziehen oder beantragen Sie eine der nachstehenden Leistungen?

	nein	ja	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
aus der Krankenversicherung (zB Krankengeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Arbeitslosenversicherung (zB Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem Träger der Sozialhilfe (zB Sozialhilfe oder Bedarfsorientierte Mindestsicherung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem Bundessozialamt (zB Beschädigten(grund)- Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nach dem Opferfürsorgegesetz (zB Rente bzw. Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vom Bund, Land oder der Gemeinde Wien (zB Ruhe- oder Versorgungsgenuss, Ruhebezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem früheren Dienstgeber (zB Pension, Zusatzpension, Pensionszulage, Administrativpension, Überbrückungszahlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bezüge und Vorteile aus inländischen Pensionskassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus dem Ausland (zB Rente, Arbeitslosengeld, Versorgungsbezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6.3 BUNDESPFLEGEGELD FÜR DIE WITWE / DEN WITWER / DIE HINTERBLIEBENE EINGETRAGENE PARTNERIN / DEN HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNER

Bedürfen Sie ständig der Betreuung und Hilfe und beantragen Sie deshalb Pflegegeld? ja nein

Beziehen oder beantragen 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

7. ANGABEN ZUR WAISE / ZU DEN WAISEN

Werden nachstehende Fragen mit JA beantwortet, führen Sie bitte den Namen der jeweiligen Waise an!

7.1 EINKOMMEN

Bezieht/Beziehen die Waise(n) eine regelmäßig wiederkehrende Geldleistung (zB Pension, Rente) oder wurde eine solche Leistung beantragt?

nein

ja

..... Name der Waise auszahlende Stelle, Aktenzeichen
..... Name der Waise auszahlende Stelle, Aktenzeichen
..... Name der Waise auszahlende Stelle, Aktenzeichen
..... Name der Waise auszahlende Stelle, Aktenzeichen
..... Name der Waise auszahlende Stelle, Aktenzeichen

7.2 BUNDESPFLEGEgeld

Bedarf (Bedürfen) eine (mehrere) Waise(n) ständig der Betreuung und Hilfe und beantragen Sie deshalb Pflegegeld?

nein

ja

..... Name der Waise Name der Waise Name der Waise
-------------------------	-------------------------	-------------------------

Bezieht/Beziehen oder beantragte(n) diese Waise(n) auf Grund ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (zB Landespflegegeld, Pflege- bzw. Blindenzulage, erhöhte Familienbeihilfe)?

nein

ja

..... Name der Waise, Art der Leistung
..... auszahlende Stelle, Aktenzeichen

ja

..... Name der Waise, Art der Leistung
..... auszahlende Stelle, Aktenzeichen

ja

..... Name der Waise, Art der Leistung
..... auszahlende Stelle, Aktenzeichen

8. HINWEIS ZUR ANTRAGSTELLUNG

Hat der/die Verstorbene zum Zeitpunkt des Todes **eine Eigenpension** bezogen?

ja

nein ⇒ Bitte nachstehende Erklärung unterfertigen:

Falls die Wartezeit für die Hinterbliebenenpension nicht erfüllt ist, ersuche ich den Antrag auf Witwen-, Witwer- und Waisenpension, Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin, Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner als Antrag auf Zuerkennung einer Abfindung zu werten.

.....
Unterschrift der antragstellenden Person

9. ANWEISUNG

Die Anweisung auf ein Pensionskonto

wird gewünscht für

die Witwe (den Witwer),
die hinterbliebene eingetragene Partnerin
(den hinterbliebenen eingetragenen Partner)

die Waise(n)

Die Überweisung der Pension auf ein Girokonto ist – auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto – nur über „**Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung**“ bei einem Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse etc.) möglich.

wird nicht gewünscht für

die Witwe (den Witwer),
die hinterbliebene eingetragene Partnerin
(den hinterbliebenen eingetragenen Partner)

die Waise(n)

Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.

10. MELDEVERPFLICHTUNG

Ich erkläre, dass ich die in diesem Antragsformular enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass mich das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz verpflichtet, jede Änderung der Verhältnisse, die auf die Pensionsleistung Bezug haben sowie jede Änderung des Wohnsitzes – wenn auch nur vorübergehend (zB Spitalsaufenthalt) – innerhalb von **zwei Wochen** zu melden.

Jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und die Höhe des Erwerbseinkommens sowie jede Änderung der Höhe des Erwerbseinkommens sind binnen **sieben Tagen** (Waisen binnen **zwei Wochen**) zu melden.

Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Pensionsantrag angeschlossen:

Bestätigung der aufnehmenden Stelle:

.....
Ort / Datum

.....
Siegel und Unterschrift



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** erzogen 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:

eheliche Kinder

uneheliche Kinder

legitimierte Kinder

Wahl-(Adoptiv)kinder

Stiefkinder

Pflegekinder

Erforderliche Dokumente:

➤ Geburtsurkunde

Zusätzlich zur Geburtsurkunde für:

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

➤ Legitimationsurkunde

➤ Adoptionsurkunde bzw. Adoptionsvertrag

➤ Nachweis über die Eheschließung mit dem leiblichen Elternteil Ihres Stiefkindes

➤ 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				
Geburtsdatum / Ort der Geburt				
ehelich, legitimiert, 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
	seit	seit	seit	seit
Erziehung in Österreich: • ohne Unterbrechung in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren • nur in der Zeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom bis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom bis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom bis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom bis
Erziehung außerhalb Österreichs: Staat	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz? * Wenn nein, welche Person bezog allenfalls eine dieser Leistungen?	<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
Befand sich Ihr Wohnsitz im Zeitpunkt der Geburt Ihres Kindes bzw. Ihrer Kinder in Österreich? *	<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 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

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

Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift