

Ich beantrage die Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege.

- eines nahen Angehörigen / einer nahen Angehörigen ab
- des behinderten Kindes ab

2. PERSONALDATEN DES NAHEN ANGEHÖRIGEN / DER NAHEN ANGEHÖRIGEN / DES BEHINDERTEN KINDES

Familienname: Vorname:

Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum:

Angehörigeneigenschaft:
(zB Kind, Ehepartner, Ehepartnerin, eingetragener Partner, eingetragene Partnerin, Mutter, Bruder, Lebensgefährte, Lebensgefährtin)

Geschlecht: weiblich männlich

Hinweis: Die Selbstversicherung ist nicht nur für die Pflege eines eigenen Angehörigen / einer eigenen Angehörigen, sondern auch für die eines Lebensgefährten / einer Lebensgefährtin, sowie mit diesen verschwägerten Personen möglich.

Besteht für Zeiten der Pflege des Kindes / des nahen Angehörigen / der nahen Angehörigen bereits eine Selbstversicherung oder wurde eine solche beantragt? ja nein

3. 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)



4. VERSICHERUNGSRECHTLICHE VORAUSSETZUNGEN

Die folgenden Fragen beziehen sich ab dem Zeitpunkt Ihrer Beantragung der Selbstversicherung:

4.1 Sind bzw. waren Sie erwerbstätig? ja nein

Wenn JA, Angabe der wöchentlichen Arbeitsstunden: Stunden.

unselbstständig
Dienstgeber (Name und Anschrift)

selbstständig als
.....
Name und Adresse der Firma (der Kanzlei, der Praxis etc.)

Pflegekarenz oder Pflegezeit von bis

4.2 Stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis? ja nein

4.3 Stehen Sie in einem unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft bzw. zu einem Betrieb, einer Anstalt, einer Stiftung oder einem Fonds einer solchen Körperschaft mit Anspruch auf Ruhe- bzw. Versorgungsgenuss? ja nein

4.4 Beziehen Sie

- eine Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung oder eine Überbrückungshilfe? ja nein
- Krankengeld? ja nein
- Wochengeld aus einer gesetzlichen Krankenversicherung? ja nein

4.5 Haben Sie leibliche Kinder, Stief-, Wahl- oder Pflegekinder? ja nein

Name des Kindes	Geburtsdatum

4.6 Sind Sie in einer gesetzlichen Pensionsversicherung weiter-(selbst)versichert? ja nein

4.7 Haben Sie einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine Pension aus eigener Versicherung in einer gesetzlichen Pensionsversicherung (auch im Ausland) oder haben Sie eine solche beantragt?

ja
Versicherungsträger, Aktenzeichen nein

4.8 Beziehen Sie einen Ruhegenuss?

ja
Auszahlende Stelle nein

4.9 Haben Sie Zeiten auf Grund einer Familienhospizkarenz erworben? ja nein



5. PERSÖNLICHE VORAUSSETZUNGEN BEI PFLEGE EINES NAHEN ANGEHÖRIGEN / EINER NAHEN ANGEHÖRIGEN

5.1 Lebt der nahe Angehörige / die nahe Angehörige ab dem beantragten Beginn der Selbstversicherung mit der Pflegeperson im gemeinsamen Haushalt? ja nein

Wenn NEIN: Erfolgt die Pflege in häuslicher Umgebung? ja nein

Angabe der Pflegeadresse:

Wie weit sind die Wohnsitze entfernt? Kilometer Minuten

5.2 Wird die Arbeitskraft der Pflegeperson durch die Pflege des nahen Angehörigen / der nahen Angehörigen erheblich beansprucht? ja nein

5.3 Besteht für den nahen Angehörigen / die nahe Angehörige Anspruch auf Pflegegeld? ja nein

Wenn JA, in Stufe 1 2 3 4 5 6 7

ab wann:

Bitte Nachweise beilegen.

5.4. Wurde bereits von einer anderen Person diese Form der Selbstversicherung beantragt?

ja, von

nein

5.5 Wurde eine Vereinbarung über eine 24-Stunden-Pflege getroffen? (wenn ja, bitte Vertrag in Kopie übermitteln) ja nein

Wird ein öffentlicher Zuschuss zur 24-Stunden-Pflege geleistet?

ja, von

im Ausmaß von

Bitte Nachweise beilegen.

nein

5.6 In folgenden Zeiträumen lag im letzten Jahr Krankenhausaufenthalt vor:

von bis

von bis

von bis



ERFORDERLICHE UNTERLAGEN

- GEBURTSURKUNDE der zu pflegenden Person
- HEIRATSURKUNDE(N) / URKUNDE(N) ÜBER DIE EINGETRAGENE(N) PARTNERSCHAFT(EN) BZW. EIN AMTLICH BEGLAUBIGTER AUSZUG AUS DEM PARTNERSCHAFTSBUCH der zu pflegenden Person
- MELDEBESTÄTIGUNG des Versicherten / der Versicherten und der zu pflegenden Person (nur bei Pflege eines Lebensgefährten / einer Lebensgefährtin)

Ich erkläre, dass diese Angaben wahr sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die Pensionsversicherungsanstalt das Recht vorbehält, diese Angaben jederzeit zu überprüfen.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Antrag angeschlossen:

6. PERSÖNLICHE VORAUSSETZUNGEN BEI PFLEGE EINES BEHINDERTEN KINDES

- 6.1. Lebt das behinderte Kind ab dem beantragten Beginn der Selbstversicherung mit der Pflegeperson im gemeinsamen Haushalt? ja nein

Außerhalb des gemeinsamen Haushaltes von bis

wegen

Aufenthaltsdauer: tagsüber internatsmäßig (Tag und Nacht)

Aufenthaltsadresse:

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

.....
Ort Bundesland Land

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

Entfernung zum Wohnsitz der/des Versicherten: Kilometer Minuten

- 6.2. Wird die Arbeitskraft der Pflegeperson durch die Pflege des Kindes überwiegend beansprucht? ja nein

- 6.3. Besteht für das Kind Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe im Sinne des Familienlastenausgleichsgesetzes? ja nein



5. Besteht bei dem Kind eine Stoffwechselstörung (wie zB Diabetes mellitus oder eine Phenylketonurie)?

ja nein

Wenn JA, welche Stoffwechselstörung?

.....
.....

6. Besteht bei dem Kind eine medizinisch nachgewiesene Glutenunverträglichkeit (Zöliakie)?

ja nein

7. Besteht bei dem Kind eine Erbkrankheit oder ein genetischer Defekt (zB Morbus Down)?

ja nein

Wenn JA, Bezeichnung

.....
.....

8. Welche (anderen) gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Erkrankungen bestehen bei dem Kind?

.....
.....

9. Hausarzt / behandelnder Arzt:

.....
Name und Anschrift

Wir ersuchen vorhandene ärztliche Befunde, Bestätigungen etc. in Kopie beizulegen.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der antragstellenden Person





Versicherungsnummer

FRAGEBOGEN KINDERERZIEHUNGSZEITEN

Sehr geehrte Frau!
Sehr geehrter Herr!

Zur Feststellung, ob Zeiten der Kindererziehung in Ihrem Versicherungsverlauf bzw. bei Hinterbliebenenpensionen im Versicherungsverlauf der / des 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. der / dem 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 / Urkunde über die eingetragene Partnerschaft 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