



PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Hauptstelle: Friedrich-Hillegeist-Straße 1, Postfach 1000, 1021 Wien / Österreich
Telefon: 05 03 03 Telefax: 05 03 03-238 91



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum
Versicherungsnummer d. Kindes/Angehörigen	Geburtsdatum

Eingelangt am: _____

Antrag auf

Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege

- eines/einer nahen Angehörigen
- eines behinderten Kindes

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

1. PERSONALDATEN (in Blockschrift)

Zuname: 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:

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Datum der Eheschließung(en):

Datum des Todes des (der) Gatten bzw. der Ehescheidung(en):

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

.....
 Ort Bundesland Land

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

Ich beantrage die Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege

- eines nahen Angehörigen ab (mit dem ersten Tag des Monats in dem die Pflege aufgenommen wurde, frühestens ein Jahr vor Antragstellung sofern dieser Zeitpunkt nach dem 1.1.2006 liegt).
- des behinderten Kindes ab (frühestens ein Jahr vor der Antragstellung).

2. PERSONALDATEN DES NAHEN ANGEHÖRIGEN / BEHINDERTEN KINDES

Zuname: Vorname:

Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum:

Angehörigeneigenschaft:
(zB Kind, Ehegatte, Mutter, Bruder, Lebensgefährte)

Geschlecht: weiblich männlich

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

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

3. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON

	<i>Nachweis liegt bei</i>	<i>wird nachgereicht</i>
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter/Obsorgeberechtigter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sachwalter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zuname: 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.)

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

5.1 Lebt der 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:

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

5.3 Besteht für den nahen Angehörigen Anspruch auf Pflegegeld? ja nein

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

ab wann:
(Bitte Nachweis beilegen)

Durch das Sozialrechtsänderungsgesetz 2009 (SRÄG) wird der Beitrag ab 1.8.2009 ohne zeitliche Befristung zur Gänze aus Mitteln des Bundes getragen.

6. ZAHLUNGSART

Ich wähle die Zahlungsart Einziehungsauftrag Zahlschein

ERFORDERLICHE UNTERLAGEN

- GEBURTSURKUNDE der zu pflegenden Person
- HEIRATSURKUNDE(N) der zu pflegenden Person
- MELDEZETTEL des Versicherten und der zu pflegenden Person (nur bei Pflege eines Lebensgefährten)

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 des Antragstellers

Folgende Unterlagen werden dem Antrag angeschlossen:

7. PERSÖNLICHE VORAUSSETZUNGEN BEI PFLEGE EINES BEHINDERTEN KINDES

7.1. 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

7.2. Wird die Arbeitskraft der Pflegeperson durch die Pflege des Kindes zur Gänze beansprucht? ja nein

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

7.4. Wer bezieht die erhöhte Familienbeihilfe?

Zuname: Vorname:

.....
Verwandtschaftsverhältnis zum Kind Geburtsdatum

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

.....
Ort Bundesland Land

.....
Auszahlende Stelle

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

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

7.5. Besteht für das Kind Anspruch auf Pflegegeld? ja nein

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

ab wann:
(Bitte Nachweis beilegen)

7.6. Ist das Kind gemäß § 15 des Schulpflichtgesetzes wegen Schulunfähigkeit von der allgemeinen Schulpflicht befreit? ja nein

Wenn ja, bitte um Einsendung eines Nachweises über die Schulpflichtbefreiung.
Wenn nein, bitte um Bekanntgabe der Art und der Adresse der derzeitigen Schule.

Bezeichnung
bzw. Art der Schule

Adresse:
Straße Hausnr. Postleitzahl Ort

ERFORDERLICHE UNTERLAGEN

- GEBURTSURKUNDE der Pflegeperson und des Kindes
- HEIRATSURKUNDE(N) der Pflegeperson und eventuell des Kindes
- MELDEZETTEL der Pflegeperson und des Kindes
- STERBEURKUNDE des Kindes, wenn es innerhalb der letzten zwölf Monate verstorben ist
- Geburtsurkunden der Kinder, die von der Pflegeperson innerhalb der letzten vier Jahre gepflegt und erzogen wurden
- Bestätigung des Finanzamtes über die erhöhte Familienbeihilfe
- Vorhandene ärztliche BEFUNDE mit detaillierter Diagnose, aus der Art und Umfang der Behinderung erkennbar ist
- Unterlagen über eine allfällige Befreiung von der Schulpflicht

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 des Antragstellers

Folgende Unterlagen werden dem Antrag angeschlossen:



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
Zuname				
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