



PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Hauptstelle: Friedrich-Hillegest-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

1. PERSONALDATEN DES VERSICHERTEN / DER 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

Ich beantrage die Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege (frühestens ein Jahr vor der Antragstellung).

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

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

Familienname / Nachname: Vorname:

Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum:

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

- | | <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)

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 Pfl egeteilzeit 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 nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

4.8 Beziehen Sie einen Ruhegenuss?
 ja nein
Auszahlende Stelle

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:

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 Nachweis 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? ja nein
(wenn ja, bitte Vertrag in Kopie übermitteln)
Wird ein öffentlicher Zuschuss zur 24-Stunden-Pflege geleistet?
 ja, von
im Ausmaß von
 nein

Sollten Sie selbst zusätzliche Pflegeleistungen erbringen, wird ersucht eine entsprechende Aufstellung diesem Formblatt beizulegen.

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
- MELDEZETTEL 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

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

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

6.4. Wer bezieht die erhöhte Familienbeihilfe?

Familienname / Nachname: 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)

6.5. 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)

6.6. 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) / URKUNDE(N) ÜBER DIE EINGETRAGENE(N) PARTNERSCHAFT(EN) BZW. EIN AMTLICH BEGLAUBIGTER AUSZUG AUS DEM PARTNERSCHAFTSBUCH 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 der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Antrag angeschlossen: