

Information für Antragsteller / Antragstellerinnen

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

Erforderliche Dokumente:

- Geburtsurkunde (nur bei Geburt außerhalb Österreichs)
- Heiratsurkunde(n) ➤ Urkunde über die eingetragene Partnerschaft ➤ Staatsbürgerschaftsnachweis

Bitte alle in- und ausländischen Beschäftigungszeiten beziehungsweise Versicherungszeiten, Lehrzeiten, Zeiten selbstständiger Erwerbstätigkeit, der Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug), der Anstalts-(Heilstätten)pflege, desurlaubes 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.

Bitte achten Sie vor allem auf die **genaue** Ausfertigung des **Beiblattes zur Feststellung der Invalidität / Berufsunfähigkeit** über Ihre **Tätigkeiten in den letzten 15 Kalenderjahren**.

Der Beruf ist nicht allgemein mit „Arbeiter / Arbeiterin“ oder „Angestellter / Angestellte“ anzugeben, sondern genauer zu bezeichnen,

zB Schlosser / Schlosserin, Bauhilfsarbeiter / Bauhilfsarbeiterin, Mithilfe in der elterlichen Landwirtschaft / im elterlichen Gewerbebetrieb, Techn. Zeichner / Zeichnerin, Buchhalter / Buchhalterin, Verkäufer / Verkäuferin, Diplomkrankenpfleger / Diplomkrankenpflegerin.

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 Nachweise:

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

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

Sämtliche Sie betreffende Informationen werden von uns im Sinne des Datenschutzgesetzes 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.





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 <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
	am	am	am	am
Pflegekind?	<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
Bezogen Sie Pflegekindergeld / Pflegeeltern geld?	<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
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	<input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit	<input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit	<input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit
	vom	vom	vom	vom
	bis	bis	bis	bis
	vom	vom	vom	vom
	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	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Bezog 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



Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

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



PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Hauptstelle: Friedrich-Hillegeist-Straße 1, Postfach 1000, 1021 Wien / Österreich



Bitte unbedingt ausfüllen

Versicherungsnummer										Geburtsdatum
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------

Familienname:

Vorname:

Beiblatt zum Antrag auf Invaliditäts- / Berufsunfähigkeitspension

! Der Versicherungsverlauf im Antragsformblatt ist jedenfalls lückenlos auszufüllen !

ANGABEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND

◆ Wegen welcher **Krankheiten, gesundheitlicher Beeinträchtigungen** oder **Gebrechen** und **seit wann** halten Sie sich für invalid / berufsunfähig?

Krankheiten, gesundheitliche Beeinträchtigungen, Gebrechen:	seit:
.....
.....
.....
Letzte Krankenstände:	.....
von - bis	von - bis
Sind Sie gehfähig und im Stande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

◆ Bisherige **Operationen** und **schwere Krankheiten** mit **Jahresangabe**:

.....
.....

◆ **Krankenhausaufenthalte** der letzten 3 Jahre:

in	von	bis
in	von	bis
in	von	bis
Sind Sie damit einverstanden, dass wir die Befunde direkt vom Krankenhaus einholen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

◆ Wurden Sie bereits einmal bei einem Pensionsversicherungsträger ärztlich untersucht?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	.....	.....
	Versicherungsträger	Grund der Untersuchung

◆ Wurden Maßnahmen der **Rehabilitation** (Aufenthalte, Kurse, Umschulungen usw.), **Kuraufenthalte** und **Heilverfahren** durch einen Sozialversicherungsträger in den letzten 5 Jahren gewährt oder von Ihnen beantragt?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Datum:	Art der Maßnahmen:	Sozialversicherungsträger:



Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter www.pensionsversicherung.at.

◆ Ist Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung die Folge eines **Arbeitsunfalles** oder einer **Berufskrankheit**?

Arbeitsunfall:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Wurde Unfallanzeige erstattet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	..... Angabe des Versicherungsträgers
Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	..... Angabe der Berufskrankheit

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

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Unfallhergang
-------------------------------	-----------------------------	------------------------

◆ Ist Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung durch Dritte verursacht worden?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	..... Datum	..... Name und Anschrift des Schädigers / der Schädigerin
Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

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

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
War / Ist bei Gericht ein Verfahren anhängig?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	..... zuständiges Gericht / Geschäftszahl	

◆ Hausarzt / behandelnder Arzt / Hausärztin / behandelnde Ärztin:

..... Name und Anschrift

ANGABEN ZUR AUSBILDUNG (ab dem 15. Lebensjahr)

◆ Lehr- und Berufsausbildungen, berufsbildende Schulen, sonstige Aus- und Weiterbildungen

von	bis	Lehrberuf, Lehrbetrieb bzw. Ausbildungsstätte, Schule, Universität, Fachhochschule, Weiterbildungseinrichtung	Ausbildung abgeschlossen
			<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
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zu EDV-Kenntnissen:			
Grundkenntnisse:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Computernutzung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	beruflich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/>
Spezielle EDV-Kenntnisse:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche Programme			



ANGABEN ZU ALLEN AUSGEÜBTEN ERWERBSTÄTIGKEITEN IN DEN LETZTEN 15 JAHREN

Beispiel für eine mögliche Tätigkeitsbeschreibung, bitte beachten Sie die Fußnoten:

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
03/2001 bis 12/2012	Fa. ISG, 1030 Wien, Kundmangasse 99	
Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte ¹⁾	Tätigkeitsbeschreibung: <i>Sachbearbeiter im Vertriebsinnendienst, Bestellwesen, Auftragsbearbeitung, Kundenkorrespondenz, Kundenstammpflege, Warenwirtschaft, Reklamationsbearbeitung, einfache Tätigkeit</i>	
	Geräte: <i>Computer, Telefon</i>	
Ihre Berufsbezeichnung ²⁾ <i>Sachbearbeiter</i>		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse ³⁾ <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche:
Kunden- / Kundinnenkontakt <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl:	

Fußnoten:

¹⁾ **Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte:** Geben Sie möglichst genau an, welche konkreten Tätigkeiten Sie bei diesem Dienstgeber / dieser Dienstgeberin zu verrichten hatten und welche Geräte Sie dabei verwendet haben. Geben Sie weiters an, ob Sie – nach Ihrer eigenen Einschätzung – eine einfache, eine mittlere, eine höhere Tätigkeit oder eine Führungs- / Leitungstätigkeit ausgeübt haben.

Beispiele:

Portier / Portierin: Beaufsichtigung des Eingangs (Zugang zum Betriebsgelände), Kontrolle des Personen- und Fahrzeugverkehrs (über Monitor), Ausstellung von Passierscheinen, Schrankenbetätigung, Schlüsselausgabe, Entgegennahme von Poststücken. Geräte: Computer, Telefon, Monitor (für Überwachung)

Bauarbeiter / Bauarbeiterin: Durchführung von Abbrucharbeiten, Betonierarbeiten, Aushebearbeiten, Planierarbeiten usw. Geräte: Schaufel, Spaten, Betonrüttler, Walze

Außendienstvertreter / Außendienstvertreterin im Verkauf: Geschäftsanbahnung, Kundenbesuche / Kundinnenbesuche, Erteilung von Produktinformationen, Durchführung von Verkaufsabschlüssen, Gewährung von Preisnachlässen. Geräte: PKW, Computer, Musterkoffer, Telefon

Fakturist / Fakturistin: Erstellung bzw. Prüfung von Ausgangsrechnungen anhand von Lieferscheinen, sonstigen Unterlagen und Belegen, Terminüberwachung. Geräte: Computer, Telefon

²⁾ **Ihre Berufsbezeichnung:** In welcher Funktion waren Sie bei diesem Dienstgeber / dieser Dienstgeberin beschäftigt? **Beispiele:** Verkäufer / Verkäuferin, Bauarbeiter / Bauarbeiterin, Friseur / Friseurin, Sortierer / Sortiererin, Stationsgehilfe / Stationsgehilfin, Prokurist / Prokuristin, Lohnverrechner / Lohnverrechnerin, Vertreter / Vertreterin im Außendienst bzw. im Innendienst usw.

³⁾ **Selbstständige Entscheidungsbefugnisse:** Bitte geben Sie an, wenn Sie bei Ihrer Tätigkeit selbstständige Entscheidungsbefugnisse hatten. **Beispiele:** Zeichnungsbefugnis für Verträge bis zu einem bestimmten Eurobetrag, freie Entscheidungsbefugnis bei Preisnachlässen, Personaleinstellung, Personalbeurteilung, Gewährung von Provisionen an Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen



Angaben zu allen ausgeübten Erwerbstätigkeiten in den letzten 15 Jahren

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
.....	
Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte ¹⁾	Tätigkeitsbeschreibung:	
	
	Geräte:	
	
Ihre Berufsbezeichnung ²⁾		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse ³⁾
.....		
Kunden- / Kundinnenkontakt	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche:
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl:	

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
.....	
Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte ¹⁾	Tätigkeitsbeschreibung:	
	
	Geräte:	
	
Ihre Berufsbezeichnung ²⁾		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse ³⁾
.....		
Kunden- / Kundinnenkontakt	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche:
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl:	



Angaben zu allen ausgeübten Erwerbstätigkeiten in den letzten 15 Jahren

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
.....	
Genaue Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte ¹⁾	Tätigkeitsbeschreibung:	
	Geräte:	
Ihre Berufsbezeichnung ²⁾		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse ³⁾ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche:
Kunden- / Kundinnenkontakt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl:	

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
.....	
Genaue Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte ¹⁾	Tätigkeitsbeschreibung:	
	Geräte:	
Ihre Berufsbezeichnung ²⁾		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse ³⁾ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche:
Kunden- / Kundinnenkontakt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl:	



Angaben zu allen ausgeübten Erwerbstätigkeiten in den letzten 15 Jahren

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
.....	
Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte ¹⁾	Tätigkeitsbeschreibung:	
	Geräte:	
Ihre Berufsbezeichnung ²⁾		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse ³⁾ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche:
Kunden- / Kundinnenkontakt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl:	

.....
Datum

.....
Unterschrift

