



**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<br>(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



6.4. Wer bezieht die erhöhte Familienbeihilfe?

Familienname: ..... Vorname: .....

.....  
Verwandschaftsverhältnis 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, Gasse, Platz 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
- MELDEBESTÄTIGUNG 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 vorbehalten, diese Angaben jederzeit zu überprüfen.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Antrag angeschlossen:





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**

Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen ☒

<b>Antragstellende (verstorbene) Person</b>		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 / Pflegeelterngehalt?	<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
<b>Erziehung in Österreich</b>	<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
<b>Erziehung außerhalb Österreichs</b> 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.

<b>Datum</b>	<b>Unterschrift der antragstellenden Person</b>	<b>Unterschrift des zweiten Elternteiles</b>
--------------	---	--

