



Pensionsversicherungsanstalt

Hauptstelle

Friedrich-Hillegeist-Straße 1, 1020 Wien, Österreich



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer der antragstellenden Person	Geburtsdatum
Bitte unbedingt ausfüllen	
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 DER ANTRAGSTELLENDEN PERSON (in Blockschrift)

Familienname: Vorname:

Titel: Frühere Namen:

Geschlecht: Geburtsdatum:

Geburtsort: Land:

Staatsangehörigkeit: seit:

Adresse:

Straße, Gasse, Platz

Hausnr., Stiege, Tür

Postleitzahl

.....

Ort

Bundesland

Land

.....

Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

E-Mail

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 Ehegatten / der Ehegattin / des eingetragenen Partners / der eingetragenen Partnerin

bzw. der Ehescheidung(en) / Auflösung der Partnerschaft(en):



Ich beantrage die Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege

☐ eines nahen Angehörigen / einer nahen Angehörigen ab / /
Tag Monat Jahr

☐ des behinderten Kindes ab / /
Tag Monat Jahr

**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:

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.

Hat bereits eine andere Person aufgrund der Pflege des nahen Angehörigen / der nahen Angehörigen / des behinderten Kindes die begünstigte Selbst- oder Weiterversicherung für Pflegepersonen beantragt oder ist bereits begünstigt selbst- oder weiterversichert?

☐ ja,
Familienname, Vorname, Versicherungsnummer

☐ nein

3. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE VERTRETENDE PERSON

	<i>Nachweis liegt bei</i>	<i>wird nachgereicht</i>
☐ mit der gesetzlichen Vertretung betraute Person (Obsorge, Vorsorgebevollmächtigung, gewählte, gesetzlicher oder gerichtliche Erwachsenenvertretung, Kuratorium)	☐	☐
☐ bevollmächtigte Person	☐	☐

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

☐ unselbständig: wöchentlich Arbeitsstunden

.....
Dienstgeber (Name und Anschrift)

☐ selbständig: wöchentlich Arbeitsstunden als

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

4.2 Sind bzw. waren Sie in Pflegekarenz oder Pflegezeit?

☐ ja ☐ Pflegekarenz von bis

☐ Pflegezeit von bis

Beziehen oder bezogen Sie Pflegekarenzgeld? ☐ ja ☐ nein

☐ nein

4.3 Stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen oder gleichgestellten Dienstverhältnis? ☐ ja ☐ nein

☐ ja, wöchentlich Arbeitsstunden

☐ nein

4.4 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

4.5 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 Leistung aus eigener Versicherung in einer gesetzlichen Pensionsversicherung (auch im Ausland) oder haben Sie eine solche Leistung 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 Seit wann pflegen Sie den nahen Angehörigen / die nahe Angehörige? seit / /
Tag Monat Jahr

5.2 Lebt der nahe Angehörige / die nahe Angehörige ab dem beantragten Beginn der Selbstversicherung mit Ihnen im gemeinsamen Haushalt? ☐ ja ☐ nein

Erfolgt die Pflege in häuslicher Umgebung? ☐ ja ☐ nein

Pflegeadresse:

Entfernung zwischen Ihrem Wohnsitz und der Pflegeadresse: Kilometer Minuten

5.3 Wird Ihre Arbeitskraft durch die Pflegeperson des nahen Angehörigen / der nahen Angehörigen erheblich beansprucht? ☐ ja ☐ nein

5.4 Hat der nahe Angehörige / die nahe Angehörige Anspruch auf Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz bzw. Landespflegegeldgesetz? ☐ ja ☐ nein

seit in der Stufe ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

auszahlende Stelle: Aktenzeichen:

Bitte Nachweise beilegen.

5.5. Erfolgt die Pflege des nahen Angehörigen / der nahen Angehörigen gemeinsam mit anderen Personen aus dem Kreis der nahen Angehörigen?

☐ ja, bei der Pflege unterstützt mich:

Familienname und Vorname:

Versicherungsnummer:

Angehörigeneigenschaft zum / zur zu pflegenden nahen Angehörigen:

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

☐ nein, bei der Pflege unterstützt mich keine Person aus dem Kreis der nahen Angehörigen

5.6 Wurde zusätzlich zu der von Ihnen erbrachten Pflege 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, in der Höhe von

auszahlende Stelle:

Bitte Nachweise beilegen.

☐ nein



5.7 Befand sich der nahe Angehörige / die nahe Angehörige im letzten Jahr im Krankenhaus?

☐ ja, von bis

von bis

von bis

☐ nein

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 der antragstellenden Person 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 Seit wann pflegen Sie das behinderte Kind?

..... / /
Tag Monat Jahr

6.2. Lebt das behinderte Kind ab dem beantragten Beginn der Selbstversicherung mit Ihnen 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 zwischen Ihrem Wohnsitz und der Aufenthaltsadresse des behinderten Kindes:

Kilometer Minuten



6.3. Wird Ihre Arbeitskraft durch die Pflege des behinderten Kindes
überwiegend beansprucht? ☐ ja ☐ nein

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

Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe seit / /
Tag Monat Jahr

6.5. Wer bezieht die erhöhte Familienbeihilfe?

Familienname: 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)

6.6. 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

6.7 Hat das behinderte Kind Anspruch auf Pflegegeld? ☐ ja ☐ nein

seit in der Stufe ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

auszahlende Stelle: Aktenzeichen:

Bitte Nachweise beilegen.

6.8. Erfolgt die Pflege des behinderten Kindes gemeinsam mit anderen Personen aus dem Kreis der nahen
Angehörigen?

☐ ja, bei der Pflege unterstützt mich:

Familienname und Vorname:

Versicherungsnummer:

Angehörigeneigenschaft zum behinderten Kind:

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

☐ nein, bei der Pflege unterstützt mich keine Person aus dem Kreis der nahen Angehörigen



6.9 Wurde zusätzlich zu der von Ihnen erbrachten Pflege 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, in der Höhe von

auszahlende Stelle:

Bitte Nachweise beilegen.

☐ nein

ERFORDERLICHE UNTERLAGEN

- GEBURTSURKUNDE der antragstellenden Person und des Kindes
- HEIRATSURKUNDE(N) / URKUNDE(N) ÜBER DIE EINGETRAGENE(N) PARTNERSCHAFT(EN) bzw. ein AMTLICH BEGLAUBIGTER AUSZUG AUS DEM PARTNERSCHAFTSBUCH der antragstellenden Person und eventuell des Kindes
- MELDEBESTÄTIGUNG der antragstellenden Person und des Kindes
- STERBEURKUNDE des Kindes
- GEBURTSURKUNDEN der Kinder, die von der antragstellenden Person 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:



7. ANGEHÖRIGENBONUS BEI SELBST- ODER WEITERVERSICHERUNG

Wenn

- Ihrem Antrag auf **Selbstversicherung** für Zeiten der Pflege eines nahen Angehörigen / einer nahen Angehörigen bzw. eines behinderten Kindes **statt gegeben** wird UND
- der nahe Angehörige / die nahe Angehörige bzw. das behinderte Kind **Anspruch auf Pflegegeld ab der Stufe 4** hat,

erhalten Sie von uns zusätzlich zu dieser Selbstversicherung – ohne weitere Antragstellung – den Angehörigenbonus bei Selbst- oder Weiterversicherung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen in § 21g Bundespflegegeldgesetz (BPGG).

Für die Auszahlung des Angehörigenbonus bei Selbst- oder Weiterversicherung weisen wir Sie auf folgende Besonderheiten hin:

Leistungsbezug mit Anweisung auf ein Konto:

Wenn Sie bereits eine Leistung von uns beziehen, die auf ein Konto angewiesen wird, erhalten Sie auch den Angehörigenbonus bei Selbst- oder Weiterversicherung auf dieses Konto.

Leistungsbezug mit Barzahlung:

Wenn Sie bereits eine Leistung von uns beziehen, die bar ausgezahlt wird, erhalten Sie auch den Angehörigenbonus bar ausgezahlt.

Wenn Sie möchten, dass wir Ihre Leistung und den Angehörigenbonus bei Selbst- oder Weiterversicherung auf ein Konto anweisen, wenden Sie sich bitte an ein Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse etc.). Lassen Sie bitte den „Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung“ beim Geldinstitut ausstellen und senden diesen an uns.

KEIN Leistungsbezug:

In diesen Fällen weisen wir den Angehörigenbonus bei Selbst- oder Weiterversicherung auf das bei Finanz-Online gespeicherte Konto an. (Bitte kontrollieren Sie das bei Finanz-Online gespeicherte Konto.)

Ist bei Finanz-Online kein Konto gespeichert, teilen Sie uns bitte mit, wie die Leistung ausgezahlt werden soll:

☐ Anweisung auf folgendes Konto:

Geldinstitut:

Kontoinhaber:

IBAN (Internationale Bank-Kontonummer):

BIC (Bank Identifikations Code):

☐ Barzahlung wird ausdrücklich beantragt

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der antragstellenden Person





Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer der Pflegeperson	Geburtsdatum
Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer des behinderten Kindes	Geburtsdatum

.....
Familienname und Vorname der Pflegeperson

.....
Familienname und Vorname des behinderten Kindes

**Beiblatt zum Antrag auf Selbstversicherung in der Pensionsversicherung
für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes**

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND DES BEHINDERTEN KINDES

1. Bedarf das Kind ständiger persönlicher Hilfe und besonderer Pflege? ☐ ja ☐ nein

Welche Tätigkeiten hinsichtlich der Pflege des Kindes werden von Ihnen täglich erbracht und wie hoch ist der tägliche Zeitaufwand hierfür?

.....
.....

2. Ist das Kind bettlägrig? ☐ ja ☐ nein

3. Ist das Kind hochgradig sehbehindert oder blind? ☐ ja ☐ nein

Wenn JA, wird oder wurde eine Blindenschule besucht? ☐ ja ☐ nein

4. Ist das Kind hochgradig hörbehindert oder taub? ☐ ja ☐ nein

Wenn JA, besteht eine Hörgeräteversorgung? ☐ ja ☐ nein

☐ einohrig ☐ beidohrig

Wurde eine Cochlearimplantation durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Ist eine solche Operation vorgesehen? ☐ 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) gesundheitlichen 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 Pflegeperson





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 nachge- reicht
eheliche Kinder	Geburtsurkunde bei Geburt im Ausland	☐	☐
uneheliche Kinder	Vaterschaftsnachweis	☐	☐
Stiefkinder	Heiratsurkunde oder Partnerschaftsurkunde mit dem leiblichen Elternteil des Kindes	☐	☐
Wahl-(Adoptiv-)kinder	Adoptionsvertrag oder Adoptionsurkunde	☐	☐
Pflegekinder	Nur wenn die Übernahme in die unbezahlte Pflege nach dem 31.12.1987 erfolgte: Pflegschaftsvertrag oder Gerichtsbeschluss	☐	☐



☒ 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?	☐ ja, am ☐ nein	☐ ja, am ☐ nein	☐ ja, am ☐ nein	☐ ja, am ☐ nein
zur Adoption freigegeben?	☐ ja, am ☐ nein	☐ ja, am ☐ nein	☐ ja, am ☐ nein	☐ ja, am ☐ nein
Pflegekind?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
seit				
Bezogen Sie ein Entgelt aufgrund der Pflege dieses Kindes? (zB freier Dienstvertrag, Dienstverhältnis) Hinweis: Pflegekindergeld / Pflegeelterngeld ist kein Entgelt.	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
vom				
bis				
Wurden für Sie aufgrund der Pflege dieses Kindes Beiträge zur freiwilligen Versicherung in der Pensionsversicherung teilweise oder zur Gänze übernommen? (zB durch ein Bundesland)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Erziehung in Österreich				
in den ersten 4 bzw. 5 (bei Mehrlingsgeburten) Lebensjahren tatsächlich und überwiegend?	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja
☐ nein, nur in der Zeit		☐ nein, nur in der Zeit	☐ nein, nur in der Zeit	☐ nein, nur in der Zeit
vom				
bis				
vom				
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?	☐ ja ☐ nein vom bis Staat vom bis Staat.....	☐ ja ☐ nein vom bis Staat..... vom bis Staat.....	☐ ja ☐ nein vom bis Staat..... vom bis Staat.....	☐ ja ☐ nein vom bis Staat..... vom bis Staat.....
Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe, Wochengeld oder Betriebshilfe (für selbständige Personen)?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wurden Kindererziehungszeiten bereits bei einer anderen Person beantragt bzw. berücksichtigt?	☐ ja ☐ nein Person (VSNR):	☐ ja ☐ nein Person (VSNR):	☐ ja ☐ nein Person (VSNR):	☐ ja ☐ nein Person (VSNR):
Daten des anderen Elternteiles:				
Familienname	.....	.....	.....	.....
Vorname	.....	.....	.....	.....
VSNR	.....	.....	.....	.....
Bezog der andere Elternteil Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe, Wochengeld oder Betriebshilfe (für selbständige Personen)?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Hat der andere Elternteil in den ersten 4 bzw. 5 (bei Mehrlingsgeburten) Lebensjahren des Kindes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet.

Ich bin mir bewusst, dass unvollständige und falsche Angaben rechtliche Konsequenzen haben können.

Ich bin darüber informiert, dass Leistungen, die aufgrund unrichtiger, unvollständiger oder verspäteter Angaben erbracht wurden, zurückgezahlt werden müssen.

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