

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 unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen 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.



2. VERSICHERUNGSVERLAUF

Wurden Ihre Versicherungszeiten bereits festgestellt (zB rückwirkende Erfassung oder bescheidmäßige Feststellung von Versicherungszeiten)?

ja ⇒ Ergänzen Sie bitte nur mehr **ab dem Zeitpunkt der letztmaligen Feststellung**.

nein ⇒ Führen Sie bitte alle Zeiten

- einer Erwerbstätigkeit
 - des Bezuges eines Krankengeldes, Wochengeldes, Rehabilitationsgeldes oder Kinderbetreuungsgeldes
 - einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)
- im **In- und Ausland** ab Vollendung des 14. Lebensjahres **lückenlos** an.

Beachten Sie bitte, dass das Beiblatt zur Feststellung der Invalidität / Berufsunfähigkeit jedenfalls vollständig auszufüllen ist.

| Schulzeit | von | bis | Bezeichnung und Ort der Schule |
|--------------------------|-----|-----|--------------------------------|
| Berufs-(Fach-)schule | | | |
| Höhere Schule | | | |
| Hochschule / Universität | | | |

| von | bis | a) beschäftigt als (Beruf) b) selbstständig als c) freiw. pensionsversichert d) nicht beschäftigt wegen | Name und Anschrift (Dienstgeber, Arbeitsmarktservice, Sozialversicherungsträger, Betrieb etc.) Bundesland, Staat |
|-----|-----|--|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



3. ERGÄNZENDE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSVERLAUF

- Haben Sie jemals direkt an einen Pensionsversicherungsträger Beiträge entrichtet?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

- Waren Sie im Ausland unselbstständig und / oder selbstständig erwerbstätig?
 ja nein
Staat(en)
- Hatten Sie Ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein?
 ja nein
Staat(en)
- Haben Sie Versicherungszeiten im Ausland erworben, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein (zB durch Übertragung, freiwillige Versicherung, Teilung)?
 ja nein
Staat(en)
- Haben Sie die Vormerkung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

• Sind Sie an einem (weiteren) **Nachkauf Ihrer Schul-, Studien- bzw. Ausbildungszeiten** ab dem 15. Lebensjahr interessiert? ja nein

• Haben Sie Kinder in Österreich, der Schweiz oder in einem EU / EWR-Staat erzogen? ja nein

Hinweis für männliche Versicherte:

Anspruch auf Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung hat vorrangig die weibliche Versicherte. Wenn jedoch Sie selbst das Kind / die Kinder tatsächlich und überwiegend erzogen haben, beantworten Sie bitte obige Frage.

(Fragebogen Kindererziehungszeiten bitte ausfüllen)

Ich erkläre, dass ich die in diesem Antragsformular enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.

Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass **dieser Antrag keinen Pensionsantrag darstellt und Leistungen bei Invalidität / Berufsunfähigkeit gesondert beantragt werden müssen.**

.....
Datum

.....
Unterschrift der antragstellenden Person

Beilagen:





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, am <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein |
| zur Adoption freigegeben? | <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein |
| Pflegekind? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| seit | seit | seit | seit | seit |
| Bezogen Sie ein Entgelt aufgrund der Pflege dieses Kindes? (zB freier Dienstvertrag, Dienstverhältnis) Hinweis: Pflegekindergeld / Pflegeeltern geld ist kein Entgelt. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| vom | vom | vom | vom | vom |
| bis | bis | bis | bis | 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) | <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 |
| | 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 |
| 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 |
| 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 |



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 |
|--------------|---|--|



Pensionsversicherungsanstalt

Hauptstelle

Friedrich-Hillegeist-Straße 1, 1020 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 Website unter www.pv.at/Datenschutz.

◆ 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, Kundenstammdatenpflege, 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, Stationshilfe / 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 | |
| | | |
| Genaue Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte ¹⁾ | Tätigkeitsbeschreibung: Geräte: | |
| Ihre Berufsbezeichnung ²⁾ | | Selbstständige Entscheidungsbefugnisse ³⁾ |
| | | |
| 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: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: |

| | | |
|--|---|---|
| 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⁾ |
| | | |
| 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: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: |



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⁾ |
| | | |
| 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: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: |

| | | |
|--|---|---|
| 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⁾ |
| | | |
| 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: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: |



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

