



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Eingelangt am: _____

Antrag auf

FESTSTELLUNG DER INVALIDITÄT / BERUFSUNFÄHIGKEIT

GILT NICHT ALS PENSIONSANTRAG

Personenbezogene Bezeichnungen, die nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

1. PERSONALDATEN DES VERSICHERTEN / DER VERSICHERTEN (in Blockschrift)

Familienname: Vorname:

Titel: Frühere Namen:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich 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):



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, Diplomkrankenschwester / Diplomkrankenschwesterin.

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



[illegible]

3. ERGÄNZENDE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSVERLAUF

- Haben Sie jemals direkt an einen Pensionsversicherungsträger Beiträge entrichtet?

☐ ja
Versicherungsträger, Aktenzeichen

☐ nein

- Waren Sie im Ausland unselbstständig und / oder selbstständig erwerbstätig?

☐ ja
Staat(en)

☐ nein

- Hatten Sie Ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein?

☐ ja
Staat(en)

☐ nein

- Haben Sie Versicherungszeiten im Ausland erworben, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein (zB durch Übertragung, freiwillige Versicherung, Teilung)?

☐ ja
Staat(en)

☐ nein

- Haben Sie die Vormerkung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?

☐ ja
Versicherungsträger, Aktenzeichen

☐ nein

- 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 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: Familiennamen Vorname VSNR				
Bezogen 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
--------------	---	--



Pensionsversicherungsanstalt

Hauptstelle

Friedrich-Hillegeist-Straße 1, 1020 Wien, Österreich



Bitte unbedingt ausfüllen

Versicherungs-
nummer

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?

☐ ja

☐ 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? ☐ ja ☐ nein

- ◆ Wurden Sie bereits einmal bei einem Pensionsversicherungsträger ärztlich untersucht?

☐ nein

☐ 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?

☐ nein

☐ ja

Datum:

Art der Maßnahmen:

Sozialversicherungsträger:

.....
.....



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

Arbeitsunfall: ☐ nein ☐ ja

Wurde Unfallanzeige erstattet? ☐ nein ☐ ja

.....
Angabe des Versicherungsträgers

Berufskrankheit ☐ nein ☐ ja

.....
Angabe der Berufskrankheit

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

☐ nein

☐ ja

.....
Unfallhergang

◆ Ist Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung durch Dritte verursacht worden?

☐ nein

☐ ja

.....
Datum

.....
Name und Anschrift des Schädigers / der Schädigerin

Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht? ☐ nein ☐ ja

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

☐ nein

☐ ja

War / Ist bei Gericht ein Verfahren anhängig?

☐ nein

☐ 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
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein

Angaben zu EDV-Kenntnissen:

Grundkenntnisse: ☐ ja ☐ nein

Computernutzung: ☐ ja ☐ nein

beruflich ☐

privat ☐

Spezielle EDV-Kenntnisse: ☐ ja ☐ 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, Kundmannngasse 99	
Genaue Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte ¹⁾	Tätigkeitsbeschreibung: <i>Sachbearbeiter im Vertriebsinnendienst, Bestellwesen, Auftragsbearbeitung, Kundenkorrespondenz, Kundenstammdatenpflege, Warenwirtschaft, Reklamationsbearbeitung, einfache Tätigkeit</i> Geräte: Computer, Telefon	
	Ihre Berufsbezeichnung ²⁾ <i>Sachbearbeiter</i>	
Kunden- / Kundinnenkontakt ☐ nein ☒ ja ☒ ständig ☐ fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen ☒ nein ☐ ja Anzahl:	Selbstständige Entscheidungsbefugnisse ³⁾ ☒ nein ☐ ja Welche:

Fußnoten:

- ¹⁾ **Genaue 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	
.....		
Genaue Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte ¹⁾	Tätigkeitsbeschreibung:	
	 Geräte:	
Ihre Berufsbezeichnung ²⁾		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse ³⁾
.....		
Kunden- / Kundinnenkontakt	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen	☐ nein ☐ ja Welche:
☐ nein ☐ ja ☐ ständig ☐ fallweise	☐ nein ☐ 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⁾
.....		
Kunden- / Kundinnenkontakt	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen	☐ nein ☐ ja Welche:
☐ nein ☐ ja ☐ ständig ☐ fallweise	☐ nein ☐ 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⁾
.....		
Kunden- / Kundinnenkontakt ☐ nein ☐ ja ☐ ständig ☐ fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen ☐ nein ☐ ja Anzahl:	☐ nein ☐ 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 ☐ nein ☐ ja ☐ ständig ☐ fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen ☐ nein ☐ ja Anzahl:	☐ nein ☐ 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 ☐ nein ☐ ja ☐ ständig ☐ fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen ☐ nein ☐ ja Anzahl:	☐ nein ☐ ja Welche:

.....
Datum

.....
Unterschrift

