



FRAGEBOGEN

Ausgleichszulage und Ausgleichszulagenbonus / Pensionsbonus

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen, Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Wollen Sie mehr Angaben machen, ergänzen Sie die Daten bitte auf einem zusätzlichen Blatt Papier.

| | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|---|--|---------------------|------------------------|------|
| 1 | PERSÖNLICHE ANGABEN | | | Versicherungsnummer | | |
| | | | | | | |
| Familienname | | | | | | |
| Vorname | | | | Titel | | |
| Frühere Namen | | | | Geburtsdatum | | |
| Geschlecht | | | | Staatsbürgerschaft | | |
| Personenstand seit | | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> ehemalige eingetragene Partnerschaft | | | | |
| ständiger Aufenthaltort | | Straße / Gasse / Platz | | | Hausnr. / Stiege / Tür | |
| | | Postleitzahl | | Ort | | Land |
| Telefonnummer (mit Vorwahl) | | | | | | |
| E-Mail | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|------------------------|--|---------------------|------------------------|------|
| 2 | PERSÖNLICHE ANGABEN zum* zur Ehepartner*in / eingetragenen Partner*in | | | Versicherungsnummer | | |
| | | | | | | |
| Familienname | | | | | | |
| Vorname | | | | Titel | | |
| Frühere Namen | | | | Geburtsdatum | | |
| Geschlecht | | | | Staatsbürgerschaft | | |
| ständiger Aufenthaltort | | Straße / Gasse / Platz | | | Hausnr. / Stiege / Tür | |
| | | Postleitzahl | | Ort | | Land |
| Leben Sie mit dieser Person im gemeinsamen Haushalt? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ja, seit: <input type="checkbox"/> nein, nicht mehr seit: | | | | | | |



| | | | | |
|--|--|-----|------------------------|---------------------|
| 3 | PERSÖNLICHE ANGABEN zu Ihren Kindern | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres • bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres bei Ausbildung oder Freiwilligentätigkeit • unabhängig vom Alter, wenn das Kind erwerbsunfähig ist | | | |
| Tragen Sie zum Lebensunterhalt Ihrer Kinder bei? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben pro Kind Wollen Sie Angaben zu mehr als drei Kindern machen, ergänzen Sie die Daten bitte auf einem zusätzlichen Blatt Papier. | | | | |
| Kind 1 | | | | Versicherungsnummer |
| | | | | |
| Familienname | | | | |
| Vorname | | | Geburtsdatum | |
| ständiger Aufenthaltsort | Straße / Gasse / Platz | | Hausnr. / Stiege / Tür | |
| | Postleitzahl | Ort | Land | |
| Einkünfte z.B. Alimente, Lehrlingseinkommen, Waisenpension | Auszahlende Stelle(n) | | monatlich netto EUR | |
| Kind 2 | | | | Versicherungsnummer |
| | | | | |
| Familienname | | | | |
| Vorname | | | Geburtsdatum | |
| ständiger Aufenthaltsort | Straße / Gasse / Platz | | Hausnr. / Stiege / Tür | |
| | Postleitzahl | Ort | Land | |
| Einkünfte z.B. Alimente, Lehrlingseinkommen, Waisenpension | Auszahlende Stelle(n) | | monatlich netto EUR | |
| Kind 3 | | | | Versicherungsnummer |
| | | | | |
| Familienname | | | | |
| Vorname | | | Geburtsdatum | |
| ständiger Aufenthaltsort | Straße / Gasse / Platz | | Hausnr. / Stiege / Tür | |
| | Postleitzahl | Ort | Land | |
| Einkünfte z.B. Alimente, Lehrlingseinkommen, Waisenpension | Auszahlende Stelle(n) | | monatlich netto EUR | |



| 4 ANGABEN ÜBER EINKÜNFTE Bitte legen Sie Nachweise bei. | | |
|--|---|---|
| Art der Einkünfte | Eigene Einkünfte | Einkünfte des*der Ehepartners*in / des*der eingetragenen Partners*in |
| Österreichische Pension / Rente oder Ruhe- / Versorgungsbezug <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nachweise <input type="checkbox"/> liegen bei <input type="checkbox"/> werden nachgereicht | <input type="checkbox"/> aus der Pensions- bzw. Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Ruhe- / Versorgungsbezug <input type="checkbox"/> Firmenpension / Dienstgeberzuschuss auszahlende Stelle(n): monatlich netto EUR: | <input type="checkbox"/> aus der Pensions- bzw. Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Ruhe- / Versorgungsbezug <input type="checkbox"/> Firmenpension / Dienstgeberzuschuss auszahlende Stelle(n): monatlich netto EUR: |
| Wenn nein, wurde eine solche Leistung beantragt? Wurde die Leistung in einem Betrag ausgezahlt? | <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 <input type="checkbox"/> ja, am |
| Pension / Rente oder Ruhe- / Versorgungsbezug von einem ausländischen Versicherungs- bzw. Versorgungsträger <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nachweise <input type="checkbox"/> liegen bei <input type="checkbox"/> werden nachgereicht | auszahlende Stelle(n): Aktenzeichen: monatlich netto EUR: Anzahl der Bezüge pro Jahr: | auszahlende Stelle(n): Aktenzeichen: monatlich netto EUR: Anzahl der Bezüge pro Jahr: |
| Wenn nein, wurde eine solche Leistung beantragt? Wurde die Leistung in einem Betrag ausgezahlt? | <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 <input type="checkbox"/> ja, am |
| Renten nach einem Sozialentschädigungsgesetz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nachweise <input type="checkbox"/> liegen bei <input type="checkbox"/> werden nachgereicht | <input type="checkbox"/> Kriegsoferversorgungsgesetz <input type="checkbox"/> Opferfürsorgegesetz <input type="checkbox"/> Heeresversorgungsgesetz, Heeresentschädigungsgesetz <input type="checkbox"/> Impfschadengesetz <input type="checkbox"/> Strafrechtsentschädigungsgesetz Art der Rente: auszahlende Stelle(n): Aktenzeichen: monatlich netto EUR: | <input type="checkbox"/> Kriegsoferversorgungsgesetz <input type="checkbox"/> Opferfürsorgegesetz <input type="checkbox"/> Heeresversorgungsgesetz, Heeresentschädigungsgesetz <input type="checkbox"/> Impfschadengesetz <input type="checkbox"/> Strafrechtsentschädigungsgesetz Art der Rente: auszahlende Stelle(n): Aktenzeichen: monatlich netto EUR: |
| Wenn nein, wurde eine solche Leistung beantragt? Wurde die Leistung in einem Betrag ausgezahlt? | <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 <input type="checkbox"/> ja, am |



| Art der Einkünfte | Eigene Einkünfte | Einkünfte des*der Ehepartners*in / des*der eingetragenen Partners*in |
|---|--|--|
| Unselbständige Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nachweise <input type="checkbox"/> liegen bei <input type="checkbox"/> werden nachgereicht Sachbezüge anstelle des Lohnes bzw. zusätzlich zum Lohn / Gehalt: | Dienstgeber*in (Name und Adresse): Zeitraum der Erwerbstätigkeit: von bis Lohn / Gehalt: <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich netto EUR: <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich Art und Ausmaß: | Dienstgeber*in (Name und Adresse): Zeitraum der Erwerbstätigkeit: von bis Lohn / Gehalt: <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich netto EUR: <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich Art und Ausmaß: |
| Selbständige Erwerbstätigkeit als Gewerbetreibende*r oder neue*r Selbständige*r <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte legen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bzw. die letzte Einkommensteuererklärung oder sonstige Nachweise bei. Nachweise <input type="checkbox"/> liegen bei <input type="checkbox"/> werden nachgereicht | Art / Funktion: Standort: von bis geschätzte Einkünfte im laufenden Kalenderjahr (monatlich EUR): | Art / Funktion: Standort: von bis geschätzte Einkünfte im laufenden Kalenderjahr (monatlich EUR): |
| Selbständige Erwerbstätigkeit in der Land- oder Forstwirtschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte legen Sie Einheitswertbescheide, Verträge (z.B. Pachtvertrag, Übergabevertrag) oder sonstige Nachweise bei. Anschrift des Betriebes: Nachweise <input type="checkbox"/> liegen bei <input type="checkbox"/> werden nachgereicht | Eigengrund: selbst bewirtschaftet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Eigengrund: verpachtet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Eigengrund: übergeben, verschenkt, verkauft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Fremdgrund: gepachtet, zugepachtet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Eigengrund: selbst bewirtschaftet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Eigengrund: verpachtet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Eigengrund: übergeben, verschenkt, verkauft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Fremdgrund: gepachtet, zugepachtet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Sonstiges (z.B. Einkünfte aus Agrargemeinschaften): | | |



| Art der Einkünfte | Eigene Einkünfte | Einkünfte des*der Ehepartners*in / des*der eingetragenen Partners*in |
|--|--|--|
| Andere Leistungen aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> nein, keine dieser Leistungen <input type="checkbox"/> ja, nämlich: <input type="checkbox"/> Krankengeld, Rehabilitationsgeld, Wiedereingliederungsgeld <input type="checkbox"/> Unterstützungsleistung bei langer Krankheit <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Wochengeld <input type="checkbox"/> Tag- oder Familiengeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld, Umschulungsgeld, Weiterbildungsgeld <input type="checkbox"/> Notstandshilfe <input type="checkbox"/> Sonderunterstützung <input type="checkbox"/> Pensionsvorschuss | 1) auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> täglich EUR: <input type="checkbox"/> monatlich EUR: <input type="checkbox"/> jährlich EUR: 2) auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> täglich EUR: <input type="checkbox"/> monatlich EUR: <input type="checkbox"/> jährlich EUR: | 1) auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> täglich EUR: <input type="checkbox"/> monatlich EUR: <input type="checkbox"/> jährlich EUR: 2) auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> täglich EUR: <input type="checkbox"/> monatlich EUR: <input type="checkbox"/> jährlich EUR: |
| Sonstige Einkünfte <input type="checkbox"/> nein, keine dieser Leistungen <input type="checkbox"/> ja, nämlich: <input type="checkbox"/> Abfindungen (einmalige Zahlung) <input type="checkbox"/> Taschengeld <input type="checkbox"/> Kapitalerträge, Sparbuchzinsen, etc. <input type="checkbox"/> Leibrente <input type="checkbox"/> Private Rentenzahlungen <input type="checkbox"/> Entschädigungen, Bezüge als Funktionär*in, Provisionen, Pension für Bürgermeister*innen <input type="checkbox"/> Deputate (z.B. Lebensmittel, Kohle) <input type="checkbox"/> Vermietung bzw. Verpachtung (z.B. Zimmer- / Wohnungsvermietung) <input type="checkbox"/> Wohnrecht, Ausgedinge <input type="checkbox"/> Pachteinnahmen aus Grundflächen, Scheunen, Ställen, etc. für gewerbl. und sportl. Zwecke (z.B. Reitstall, Campingplatz, Handymasten) <input type="checkbox"/> Andere: | 1) auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> täglich EUR: <input type="checkbox"/> monatlich EUR: <input type="checkbox"/> jährlich EUR: 2) auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> täglich EUR: <input type="checkbox"/> monatlich EUR: <input type="checkbox"/> jährlich EUR: 3) auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> täglich EUR: <input type="checkbox"/> monatlich EUR: <input type="checkbox"/> jährlich EUR: | 1) auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> täglich EUR: <input type="checkbox"/> monatlich EUR: <input type="checkbox"/> jährlich EUR: 2) auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> täglich EUR: <input type="checkbox"/> monatlich EUR: <input type="checkbox"/> jährlich EUR: 3) auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> täglich EUR: <input type="checkbox"/> monatlich EUR: <input type="checkbox"/> jährlich EUR: |
| Nachweise <input type="checkbox"/> liegen bei <input type="checkbox"/> werden nachgereicht | | |



| | | | |
|---|---|------------------------|------------------------|
| 5 | Haben Sie ANSPRUCH AUF UNTERHALT von dem*der Ehepartner*in / dem*der eingetragenen Partner*in, sofern <ul style="list-style-type: none"> kein gemeinsamer Haushalt vorliegt oder die Ehe geschieden ist oder die eingetragene Partnerschaft aufgelöst ist? Scheidungsurteil, gerichtliche Auflösungsentscheidung, Vergleichsausfertigungen, Vereinbarungen, Verträge, Beschlüsse, Einkommensnachweise, Zahlungsbelege bitte beilegen. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben | | |
| | Erhalten Sie UNTERHALTSZAHLUNGEN? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben | | |
| Familienname und Vorname der Person, von der Sie Anspruch auf Unterhalt haben / Unterhalt erhalten | | | |
| Adresse | | Straße / Gasse / Platz | Hausnr. / Stiege / Tür |
| | | Postleitzahl | Ort |
| monatliches Nettoeinkommen | | | |
| Ich erhalte <input type="checkbox"/> Unterhalt in der festgesetzten Höhe (z.B. laut Vereinbarung) monatlich EUR <input type="checkbox"/> weniger Unterhalt als festgesetzt monatlich EUR <input type="checkbox"/> keine Unterhaltszahlungen | | | |
| Unterstützt die oben genannte Person noch andere Angehörige (z.B. Kinder)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben | | | |
| 1) Familienname und Vorname der*des Angehörigen | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis | | | Geburtsdatum |
| Adresse | | Straße / Gasse / Platz | Hausnr. / Stiege / Tür |
| | | Postleitzahl | Ort |
| monatliches Nettoeinkommen | | | |
| 2) Familienname und Vorname der*des Angehörigen | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis | | | Geburtsdatum |
| Adresse | | Straße / Gasse / Platz | Hausnr. / Stiege / Tür |
| | | Postleitzahl | Ort |
| monatliches Nettoeinkommen | | | |



| | | | |
|---|---|-----------------------------------|------------------------|
| 6 | Haben Sie Anspruch auf UNTERHALT von den ELTERN (Großeltern)? | | |
| | Leben Sie im gemeinsamen Haushalt mit Ihren Eltern (Großeltern)? | | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben | | |
| 6 | Erhalten Sie UNTERHALTSZAHLUNGEN? | | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben | | |
| Familienname und Vorname des Vaters (Großvaters) | | Versicherungsnummer, Geburtsdatum | |
| monatliches Nettoeinkommen | | | |
| Familienname und Vorname der Mutter (Großmutter) | | Versicherungsnummer, Geburtsdatum | |
| monatliches Nettoeinkommen | | | |
| Unterstützen Ihre Eltern (Großeltern) noch andere Angehörige? | | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben | | | |
| der Vater (Großvater) unterstützt | | | |
| Familienname und Vorname der*des Angehörigen | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis | | Geburtsdatum | |
| Adresse | Straße / Gasse / Platz | | Hausnr. / Stiege / Tür |
| | Postleitzahl | Ort | Land |
| monatliches Nettoeinkommen | | | |
| die Mutter (Großmutter) unterstützt | | | |
| Familienname und Vorname der*des Angehörigen | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis | | Geburtsdatum | |
| Adresse | Straße / Gasse / Platz | | Hausnr. / Stiege / Tür |
| | Postleitzahl | Ort | Land |
| monatliches Nettoeinkommen | | | |
| 7 | Erhalten Sie Unterhaltsleistungen wie GELD- ODER SACHBEZÜGE (z.B. Verpflegung, Unterkunft) von den nicht im gemeinsamen Haushalt lebenden Eltern (Großeltern)? | | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben | | |
| Familienname, Vorname | | Art des Bezuges | monatlich netto EUR |
| | | | |
| | | | |







MELDEPFLICHTEN

Was ist die Meldepflicht?

Wenn Sie einen **Antrag** auf eine Leistung **stellen** oder eine **Leistung beziehen**, sind Sie gesetzlich verpflichtet, uns jede Änderung innerhalb der Meldefrist zu melden.

Die Meldepflicht gilt bereits ab dem Tag, an dem Sie einen Antrag auf eine Leistung stellen.

Die Meldepflicht gilt auch für Ihre gesetzliche und gerichtliche Vertretung.

Welche Änderungen sind zu melden?

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen Überblick, welche Änderungen Sie uns rasch und ohne Aufforderung melden müssen.

Das sind Änderungen, die Ihre Bezugsberechtigung oder die Höhe der Leistung betreffen.

Bei Bezug von

- | | |
|--|--------------------|
| – Ausgleichszulage | – Übergangsgeld |
| – Ausgleichszulagenbonus / Pensionsbonus | – Angehörigenbonus |
| – Kinderzuschuss | |

müssen Sie uns auch alle Änderungen melden, die Ihre **Angehörigen** betreffen.

Folgen bei Verletzung der Meldepflicht:

Haben Sie Leistungen

- aufgrund bewusst falscher Angaben,
- durch bewusstes Verschweigen wesentlicher Tatsachen oder
- durch Verletzung der Meldepflicht

zu Unrecht bezogen, müssen Sie diese Leistungen zurückzahlen.

Sie müssen auch Leistungen zurückzahlen, von denen Sie erkennen mussten, dass sie Ihnen nicht zustehen oder nicht in dieser Höhe zustehen (z.B. eine erkennbar zu hohe Auszahlung).

Unvollständige und **falsche Angaben** sowie die **Verletzung der Meldepflicht** können rechtliche Folgen haben.

SIE MÜSSEN IMMER MELDEN:

Meldefrist: 2 Wochen

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Änderung des Namens• Änderung des Wohnsitzes• Änderung des Personenstandes (z.B. Heirat, eingetragene Partnerschaft, Scheidung)• Geburt eines Kindes• Antragstellung / Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall jeder weiteren inländischen oder ausländischen Pension oder Rente | <ul style="list-style-type: none">• Änderungen beim inländischen oder ausländischen Krankenversicherungsschutz• Verbüßung einer Freiheitsstrafe, einer Untersuchungshaft oder die Unterbringung in einem forensisch-therapeutischen Zentrum, in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher oder gefährliche Rückfallstäter |
|---|--|

Meldefrist: 7 Tage

Beginn / Unterbrechung / Ende von TÄTIGKEITEN und Anfall / Höhe / Änderung von EINKÜNFTE

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Unselbständige oder selbständige Tätigkeit• Gewerbeberechtigung• Berufsbefugnis• Beteiligung an<ul style="list-style-type: none">→ Personengesellschaften (OG, KG)→ Gesellschaften nach bürgerlichem Recht• Beteiligung als GmbH-Geschäftsführer*in am Stammkapital• Bestellung als GmbH-Gesellschafter*in zum* Geschäftsführer*in oder Prokurist*in | <ul style="list-style-type: none">• Beteiligung als stille*r Gesellschafter*in• Land- / Forstwirtschaft• öffentliches Mandat / politische Funktion (z.B. als Bürgermeister*in, Gemeinderat*in, Gemeinderätin, Funktionär*in der Wirtschaftskammer)• Krankengeldanspruch• Ersatzleistung für Urlaubsentgelt (Urlaubsabfindung, Urlaubsschädigung)• Kündigungsentschädigung |
|--|--|



SIE MÜSSEN ZUSÄTZLICH MELDEN, WENN SIE FOLGENDE LEISTUNGEN BEANTRAGEN ODER BEZIEHEN:

Ausgleichszulage, Ausgleichszulagenbonus / Pensionsbonus - *Meldefrist: 2 Wochen* **Sie müssen auch alle Informationen für Ihre Angehörigen melden!**

- Änderung in den Familienverhältnissen
- Änderung in den Wohnverhältnissen
- Aufgabe des gemeinsamen Haushaltes mit dem*r Ehepartner*in oder eingetragenen Partner*in
- jede Änderung der Aufenthaltsberechtigung
- Verlegung des Aufenthaltes ins Ausland (auch vorübergehende Aufenthalte)
- jeden Auslandsaufenthalt, auch bevorstehende Auslandsreisen
- Tod des*r Ehepartners*in, des*r eingetragenen Partners*in, des Kindes
- Erhalt von Zinsen aus z.B. Sparguthaben, Wertpapieren
- Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall von
 - allen Einkünften
 - Einkünften jener Personen, die Ihnen Unterhalt zahlen oder zahlen müssten
 - einem Wohnrecht, freier Verpflegung und von Ansprüchen auf Ausgedinge, Fruchtgenuss und Naturalleistungen
 - Einkünften aus der Insolvenz-Entgeltsicherung (Kündigungsentschädigung, Ausfallgeld)
 - Einheitswerten der land- und forstwirtschaftlichen Flächen
 - sonstigen Einkünften aus Vermietung, Verpachtung oder Überlassung von Wohnungen, Wirtschaftsgebäuden, Häusern oder von Grundstücken

Pflegegeld - *Meldefrist: 4 Wochen*

- Aufenthalte in einer Krankenanstalt, einer Kuranstalt oder einem Rehabilitationszentrum auf Kosten eines inländischen oder ausländischen Sozialhilfeträgers, des Bundes oder einer Krankenfürsorgeanstalt
- jede Änderung der Aufenthaltsberechtigung
- Verlegung des Aufenthaltes ins Ausland (auch vorübergehende Aufenthalte)
- jeden Auslandsaufenthalt, auch bevorstehende Auslandsreisen
- Aufnahme in ein Pflegeheim
- Wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes
- Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall einer
 - dem Pflegegeld ähnlichen inländischen oder ausländischen Leistung (z.B. Pflegezulage, Blindenzulage, ausländische Geldleistung oder Pflegesachleistung)
 - inländischen oder ausländischen Pension, Rente, eines Ruhegenusses oder Versorgungsgenusses

Witwenpension*Witwerpension, Pension für hinterbliebene eingetragene Partner*innen - *Meldefrist: 2 Wochen*

- Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall
 - einer Geldleistung aus der gesetzlichen Sozialversicherung (z.B. Unfallrente)
 - einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung
 - einer Beihilfe aus der Arbeitsmarktförderung
 - eines inländischen oder ausländischen Ruhegenusses oder Versorgungsgenusses oder einer ähnlichen Leistung aufgrund einer vertraglichen Pensionszusage eines*r Dienstgebers*in

Waisenpension oder Kinderzuschuss - *Meldefrist: 2 Wochen*

- Änderung des Personenstandes des Kindes (z.B. Heirat, eingetragene Partnerschaft, Scheidung)
- Tod des Kindes
- bei Weiterzahlung über das 18. Lebensjahr:
 - Anfall / Wegfall eines Anspruches auf (erhöhte) Familienbeihilfe
 - Ende oder Unterbrechung der Schulausbildung, Berufsausbildung oder des Studiums
 - Ableistung des Präsenzdienstes oder Zivildienstes
 - Aufnahme und Wegfall einer Erwerbstätigkeit
 - Bezug einer Leistung aus der Arbeitslosenversicherung oder einer Beihilfe aus der Arbeitsmarktförderung
 - Ende einer freiwilligen Tätigkeit
 - Wegfall der Erwerbsunfähigkeit



Korridorpension / Schwerarbeitspension / Langzeitversichertenpension als TEILPENSION - Meldefrist: 2 Wochen

- jede Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit
 - Überschreitung der maximal zulässigen Wochenstunden der unselbständigen Erwerbstätigkeit
- INFO: Die für Sie geltenden maximal zulässigen Wochenstunden finden Sie in Ihrem Zuerkennungsbescheid unter „Hinweise“.

Heimopferrente - Meldefrist: 4 Wochen

- Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall eines Ersatzes an Verdienstentgang und der einkommensabhängigen Zusatzleistung nach dem Verbrechensofergesetz

Angehörigenbonus - Meldefrist: 4 Wochen

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall des Einkommens des*r pflegenden Angehörigen • Beginn / Ende einer Selbst- oder Weiterversicherung für Zeiten der Pflege naher Angehöriger • Ende der Pflege in häuslicher Umgebung; Aufnahme der zu pflegenden Person in ein Pflegeheim | <ul style="list-style-type: none"> • Ende der überwiegenden Pflege, d.h. Ende der Erbringung des größten Teils der Pflegeleistungen aus dem Kreis der nahen Angehörigen • Verminderung der Pflegegeldstufe oder Entziehung des Pflegegeldes der zu pflegenden Person • Tod der zu pflegenden Person |
|--|--|

Übergangsgeld - Meldefrist: 2 Wochen

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Änderung in den Familienverhältnissen • Änderung in den Wohnverhältnissen • Aufgabe des gemeinsamen Haushaltes mit Angehörigen, die bei der Höhe des Übergangsgeldes berücksichtigt wurden • Antrag / Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall einer wiederkehrenden Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe) und einer Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes | <ul style="list-style-type: none"> • jeden Umstand, der den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen beeinträchtigen kann (z.B. Nichtmitwirkung an aufgetragenen Rehabilitationsmaßnahmen) • bei Vorliegen von Kindern über dem 18. Lebensjahr <ul style="list-style-type: none"> → Unterbrechung / Ende der Schul- oder Berufsausbildung → Aufnahme einer Tätigkeit → jede Änderung des Einkommens |
|--|--|



UNSERE ADRESSEN

Sie können uns erreichen:

- telefonisch unter der Telefonnummer +43 (0)5 03 03
- per Post
- per Mail
- per Telefax
- persönlich nach telefonischer Terminvereinbarung

Landesstelle Wien

Friedrich-Hillegast-Straße 1, 1020 Wien
 E-Mail: pva-lsw@pv.at
 Fax: +43 (0)5 03 03-28 850
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-27 170
 Kundenzone: Ghegastraße 1, 1030 Wien

Landesstelle Niederösterreich

Kremser Landstraße 5, 3100 St. Pölten
 E-Mail: pva-lsn@pv.at
 Fax: +43 (0)5 03 03-32 850
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-32 170

Landesstelle Burgenland

Ödenburger Straße 8, 7000 Eisenstadt
 E-Mail: pva-lsb@pv.at
 Fax: +43 (0)5 03 03-33 850
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-33 170

Landesstelle Oberösterreich

Terminal Tower, Bahnhofplatz 8, 4020 Linz
 E-Mail: pva-lso@pv.at
 Fax: +43 (0)5 03 03-36 850
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-36 170

Landesstelle Steiermark

Eggenberger Straße 3, 8020 Graz
 E-Mail: pva-lsg@pv.at
 Fax: +43 (0)5 03 03-34 850
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-34 170

Landesstelle Kärnten

Südbahngürtel 10, 9020 Klagenfurt am Wörthersee
 E-Mail: pva-lsk@pv.at
 Fax: +43 (0)5 03 03-35 850
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-35 170

Landesstelle Salzburg

Schallmooser Hauptstraße 11, 5020 Salzburg
 E-Mail: pva-lss@pv.at
 Fax: +43 (0)5 03 03-37 850
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-37 170

Landesstelle Tirol

Ing.-Etzel-Straße 13, 6020 Innsbruck
 E-Mail: pva-ist@pv.at
 Fax: +43 (0)5 03 03-38 850
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-38 170

Landesstelle Vorarlberg

Zollgasse 6, 6850 Dornbirn
 E-Mail: pva-lsv@pv.at
 Fax: +43 (0)5 03 03-39 850
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-39 170

Wollen Sie auf Ihre Post von uns und anderen Behörden von überall zugreifen und gleichzeitig die Umwelt schonen? Nutzen Sie hierfür das elektronische Postfach. Nähere Informationen zur **elektronischen Zustellung** finden Sie auf unserer Website unter **www.pv.at/e-Zustellung**.

Die **Meldepflichten** in anderen Sprachen und weitere **ausführliche Informationen** zu unterschiedlichen Themenbereichen (z.B. Pensionszahlungsbeleg, Angehörigenbonus) finden Sie in den Broschüren und Infoblättern auf unserer Website unter **www.pv.at**.

QR-Code zu den Meldepflichten in anderen Sprachen:

