

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, Lebensgefährtin, 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> |
|---|---------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung betraute Person
(Obsorge, Vorsorgebevollmächtigung, gewählte, gesetzlicher oder gerichtliche Erwachsenenvertretung, Kuratorium) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <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

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

