



## ANTRAG auf TEILPENSION einer

- ☐ ALTERSPENSION
- ☐ KORRIDORPENSION
- ☐ LANGZEITVERSICHERTENPENSION

im Ausmaß von ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

zum Stichtag

Tag	Monat	Jahr
01.		

**Bitte beachten Sie die Ausfüllhilfe zum Antrag!**

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen, Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

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

<b>1</b>	<b>PERSÖNLICHE ANGABEN</b>		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				



<b>2</b>	<b>ANTRAGSTELLUNG DURCH ANDERE PERSON</b>			
Ich bin	<input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung betraut (Obsorge, Vorsorgebevollmächtigung, gewählte, gesetzliche oder gerichtliche Erwachsenenvertretung, Kuratorium) <input type="checkbox"/> bevollmächtigt <input type="checkbox"/> ..... Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht			
Familienname				
Vorname		Titel		
Adresse	Straße / Gasse / Platz		Hausnr. / Stiege / Tür	
	Postleitzahl	Ort		Land
Telefonnummer (mit Vorwahl)		E-Mail		

<b>3</b>	<b>Angaben zu Ihrer(n) <u>UNSELBSTÄNDIGEN</u> ERWERBSTÄTIGKEIT(EN) ab dem Stichtag und in den letzten 12 Kalendermonaten vor dem Stichtag</b>
<b>Dienstgeber*in</b> (Name und Adresse) ..... .....	
Sind Sie bei diesem*r Dienstgeber*in <b>ab dem Stichtag</b> beschäftigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vereinbarte (reduzierte) Normalarbeitszeit ab dem Stichtag: ..... Wochenstunden	
Waren Sie <b>in den letzten 12 Kalendermonaten vor dem Stichtag</b> bei diesem*r Dienstgeber*in beschäftigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom ..... bis ..... vereinbarte Normalarbeitszeit ..... Wochenstunden vom ..... bis ..... vereinbarte Normalarbeitszeit ..... Wochenstunden	
Waren Sie in <b>Altersteilzeit</b> bei diesem*r Dienstgeber*in? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Altersteilzeit vom ..... bis ..... vereinbarte Normalarbeitszeit vor der Altersteilzeit: ..... Wochenstunden	
Sind Sie damit einverstanden, dass wir uns bei <b>Rückfragen direkt an Ihre*n Dienstgeber*in</b> wenden? <input type="checkbox"/> ja, Telefonnummer ..... <input type="checkbox"/> nein	
<b>Nachweise</b> (z.B. Bestätigung des*der Dienstgebers*Dienstgeberin über die jeweiligen Normalarbeitszeiten, Altersteilzeitvereinbarung) <input type="checkbox"/> liegen bei <input type="checkbox"/> werden nachgereicht	



<b>weitere*r Dienstgeber*in</b> (Name und Adresse) .....
.....
Sind Sie bei diesem*r Dienstgeber*in <b>ab dem Stichtag</b> beschäftigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vereinbarte (reduzierte) Normalarbeitszeit ab dem Stichtag: ..... Wochenstunden
Waren Sie <b>in den letzten 12 Kalendermonaten vor dem Stichtag</b> bei diesem*r Dienstgeber*in beschäftigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom ..... bis ..... vereinbarte Normalarbeitszeit ..... Wochenstunden vom ..... bis ..... vereinbarte Normalarbeitszeit ..... Wochenstunden
Waren Sie in <b>Altersteilzeit</b> bei diesem*r Dienstgeber*in? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Altersteilzeit vom ..... bis ..... vereinbarte Normalarbeitszeit vor der Altersteilzeit: ..... Wochenstunden
Sind Sie damit einverstanden, dass wir uns bei <b>Rückfragen direkt an Ihre*n Dienstgeber*in</b> wenden? <input type="checkbox"/> ja, Telefonnummer ..... <input type="checkbox"/> nein
<b>Nachweise</b> (z.B. Bestätigung des*der Dienstgebers*Dienstgeberin über die jeweiligen Normalarbeitszeiten, Altersteilzeitvereinbarung) <input type="checkbox"/> liegen bei <input type="checkbox"/> werden nachgereicht
<b>weitere*r Dienstgeber*in</b> (Name und Adresse) .....
.....
Sind Sie bei diesem*r Dienstgeber*in <b>ab dem Stichtag</b> beschäftigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vereinbarte (reduzierte) Normalarbeitszeit ab dem Stichtag: ..... Wochenstunden
Waren Sie <b>in den letzten 12 Kalendermonaten vor dem Stichtag</b> bei diesem*r Dienstgeber*in beschäftigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom ..... bis ..... vereinbarte Normalarbeitszeit ..... Wochenstunden vom ..... bis ..... vereinbarte Normalarbeitszeit ..... Wochenstunden
Waren Sie in <b>Altersteilzeit</b> bei diesem*r Dienstgeber*in? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Altersteilzeit vom ..... bis ..... vereinbarte Normalarbeitszeit vor der Altersteilzeit: ..... Wochenstunden
Sind Sie damit einverstanden, dass wir uns bei <b>Rückfragen direkt an Ihre*n Dienstgeber*in</b> wenden? <input type="checkbox"/> ja, Telefonnummer ..... <input type="checkbox"/> nein
<b>Nachweise</b> (z.B. Bestätigung des*der Dienstgebers*Dienstgeberin über die jeweiligen Normalarbeitszeiten, Altersteilzeitvereinbarung) <input type="checkbox"/> liegen bei <input type="checkbox"/> werden nachgereicht



<b>4</b>	<b>Angaben zu Ihrer(n) <u>SELBSTÄNDIGEN</u> ERWERBSTÄTIGKEIT(EN) oder POLITISCHEN FUNKTION(EN) ab dem Stichtag</b>	
<b>Nur bei Antrag auf Teilpension einer Korridorpension / Langzeitversichertenpension ausfüllen</b>		
<p>Werden Sie eine selbständige Erwerbstätigkeit als Gewerbetreibende*r, Neue*r Selbständige*r oder Freiberufliche*r Selbständige*r, in der Land(Forst)wirtschaft oder eine (mehrere) Funktion(en) in einer Personen- oder Kapitalgesellschaft ausüben oder an einer solchen beteiligt sein oder werden Sie eine (mehrere) politische Funktion(en) haben?</p> <p><input type="checkbox"/> nein, weiter bei Punkt 5</p> <p><input type="checkbox"/> ja, bitte füllen Sie nachstehende Punkte aus</p>		
<input type="checkbox"/> Gewerbetreibende*r, Neue*r Selbständige*r, Freiberufliche*r Selbständige*r  von ..... bis .....  Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	Versicherungserklärung abgegeben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art / Funktion / Standort ..... ..... (geschätzte) Einkünfte im laufenden Kalenderjahr: mtl. brutto ..... Euro	
<input type="checkbox"/> Erwerbstätige*r in der Land(Forst)wirtschaft  Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	Adresse des Betriebes: ..... <input type="checkbox"/> Betriebsführer*in <input type="checkbox"/> hauptberuflich Beschäftigte*r Einheitswert der bewirtschafteten Fläche: .....	
<input type="checkbox"/> Funktion in einer Personen- oder Kapitalgesellschaft (z.B. GesbR, OG, KG, GmbH)  Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> Gesellschafter*in: ..... % Beteiligung am Stammkapital <input type="checkbox"/> Geschäftsführer*in <input type="checkbox"/> Prokurist*in <input type="checkbox"/> Dienstnehmer*in <input type="checkbox"/> Konsulent*in <input type="checkbox"/> andere Funktion: ..... Firmenbezeichnung: ..... ..... mtl. brutto ..... Euro	
<input type="checkbox"/> andere selbständige Erwerbstätigkeit oder Begünstigung durch eine Stiftung  Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	Art / Funktion / Weitere Informationen: ..... ..... mtl. brutto ..... Euro	
<input type="checkbox"/> Bezüge aus Ihrer politischen Funktion(en)  Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	Funktion / Auszahlende Stelle: ..... ..... mtl. brutto ..... Euro	



<b>5</b>	<b>FRAGEN zu Ihren VERSICHERUNGSZEITEN</b>
<p>Waren Sie im Ausland unselbständig und / oder selbständig erwerbstätig bzw. haben Sie im Ausland Versicherungszeiten erworben?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, im Staat ..... ausländisches Aktenzeichen .....</p> <p>Zeitraum .....</p> <p>im Staat ..... ausländisches Aktenzeichen .....</p> <p>Zeitraum .....</p>	
<p>Hatten Sie Ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, ohne dort unselbständig und / oder selbständig erwerbstätig gewesen zu sein?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, im Staat ..... ausländisches Aktenzeichen .....</p> <p>Zeitraum .....</p> <p>im Staat ..... ausländisches Aktenzeichen .....</p> <p>Zeitraum .....</p>	
<p><b>Bei Vorliegen ausländischer Versicherungszeiten:</b></p> <p>Wollen Sie die ausländische Altersrente (Alterspension) ausdrücklich aufschieben bzw. zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch nehmen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, im Staat ..... zum Stichtag .....</p>	
<p>Haben Sie Kinder in Österreich, in einem EU / EWR-Staat, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland erzogen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, die Kindererziehungszeiten wurden bereits vollständig festgestellt</p> <p><input type="checkbox"/> ja, die Kindererziehungszeiten wurden noch nicht vollständig festgestellt, bitte den Fragebogen „Kindererziehungszeiten“ ausfüllen</p>	

<b>6</b>	<b>Angaben zum BUNDESPFLEGEGELD</b>
<p>Beziehen Sie bereits Pflegegeld?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p>	
<p>Beantragen Sie Pflegegeld bzw. eine Erhöhung Ihres Pflegegeldes, da Sie ständiger Betreuung und Pflege bedürfen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, bitte den Antrag „Pflegegeld / Erhöhung Pflegegeld / Weitergewährung Pflegegeld“ ausfüllen</p>	



<b>7</b>	<b>ERGÄNZENDE FRAGEN zu Ihrer Antragstellung</b>
<p>Sind Sie mit der <b>Verschiebung des Antrages</b> (Stichtages) einverstanden, wenn dadurch eine Ablehnung vermieden werden kann?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	
<p>Beantragen Sie die <b>Weiterversicherung</b> in der Pensionsversicherung, den <b>Nachkauf</b> oder die <b>nachträgliche Selbstversicherung</b> für Zeiten des Besuches einer Bildungseinrichtung, wenn die Entrichtung von Beiträgen zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzung notwendig ist?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	

<b>8</b>	<b>ANWEISUNG der Pension</b>
<p><input type="checkbox"/> Anweisung auf ein Konto wird gewünscht. Wenn Sie möchten, dass wir die Pension 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.</p>	

<b>9</b>	<b>ERKLÄRUNG</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet.</li><li>• Ich habe die beiliegenden Meldepflichten als Bestandteil dieses Antrages gelesen und verstanden.</li><li>• Ich weiß, dass <b>unvollständige</b> und <b>falsche Angaben</b> sowie eine <b>Verletzung der Meldepflichten rechtliche Konsequenzen</b> haben können.</li><li>• Ich weiß, dass ich Leistungen zurückzahlen muss, die wegen unrichtiger oder unvollständiger oder verspäteter Angaben erbracht werden.</li></ul>	
Datum .....	Unterschrift .....

<p>Folgende Unterlagen liegen bei:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--





## 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
- Ausgleichszulagenbonus / Pensionsbonus
- Kinderzuschuss
- Übergangsgeld
- Angehörigenbonus

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

- 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
- 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

- Unselbständige oder selbständige Tätigkeit
- Gewerbeberechtigung
- Berufsbefugnis
- Beteiligung an
  - Personengesellschaften (OG, KG)
  - Gesellschaften nach bürgerlichem Recht
- Beteiligung als GmbH-Geschäftsführer\*in am Stammkapital
- Bestellung als GmbH-Gesellschafter\*in zum\*in Geschäftsführer\*in oder Prokurist\*in
- 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 Sozialversicherungsträgers, 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"> <li>• Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall des Einkommens des*r pflegenden Angehörigen</li> <li>• Beginn / Ende einer Selbst- oder Weiterversicherung für Zeiten der Pflege naher Angehöriger</li> <li>• Ende der Pflege in häuslicher Umgebung; Aufnahme der zu pflegenden Person in ein Pflegeheim</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ende der überwiegenden Pflege, d.h. Ende der Erbringung des größten Teils der Pflegeleistungen aus dem Kreis der nahen Angehörigen</li> <li>• Verminderung der Pflegegeldstufe oder Entziehung des Pflegegeldes der zu pflegenden Person</li> <li>• Tod der zu pflegenden Person</li> </ul> |
|--|--|

### **Übergangsgeld - Meldefrist: 2 Wochen**

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

## 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-lst@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](http://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](http://www.pv.at)**.

QR-Code zu den Meldepflichten in anderen Sprachen:





Versicherungsnummer

## FRAGEBOGEN KINDERERZIEHUNGSZEITEN

Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen ☒

<b>Antragstellende (verstorbene) Person</b>		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	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
seit .....				
Bezogen Sie ein Entgelt aufgrund der Pflege dieses Kindes? (zB freier Dienstvertrag, Dienstverhältnis) Hinweis: Pflegekindergeld / Pflegeelterngeld ist kein Entgelt.	<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
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)	<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
<b>Erziehung in Österreich</b>	<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	<input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit	<input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit	<input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit
vom .....				
bis .....				
vom .....				
bis .....				

☒ Bitte Zutreffendes ankreuzen

## ERKLÄRUNG ZUR KINDERERZIEHUNG

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
<b>Erziehung außerhalb Österreichs</b> 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<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:  Familiennamen  Vorname  VSNR	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
Bezogen der andere Elternteil Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe, Wochengeld oder Betriebshilfe (für selbständige Personen)?	<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
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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<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.

<b>Datum</b>	<b>Unterschrift der antragstellenden Person</b>	<b>Unterschrift des zweiten Elternteiles</b>
--------------	---	--



## AUSFÜLLHILFE zum Antrag

### auf Teilpension einer Alterspension, Korridorpension und Langzeitversichertenpension

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst genau aus, um Verzögerungen in der Bearbeitung zu vermeiden. Erforderliche Nachweise (z.B. Bestätigungen) legen Sie bitte in Kopie bei.

#### AUSMASS der Teilpension – Seite 1 des Antrages

Die Höhe der Teilpension richtet sich nach der Reduzierung der Normalarbeitszeit am Stichtag.

Reduzierung der Normalarbeitszeit	Teilpension
mindestens 25% bis 40%	<b>25%</b>
mehr als 40% bis 60%	<b>50%</b>
mehr als 60% bis höchstens 75%	<b>75%</b>

#### STICHTAG – Seite 1 des Antrages

Der Stichtag wird durch Ihren Antrag ausgelöst und ist immer ein Monatserster. Der Stichtag ist grundsätzlich der Tag der Antragstellung, wenn es ein Monatserster ist, sonst der folgende Monatserste.

Sie können jedoch auch einen späteren Zeitpunkt angeben, wann Sie in Pension gehen wollen.

Zu diesem Stichtag wird geprüft,

- welcher Pensionsversicherungsträger für Sie zuständig ist,
- ob Sie die Voraussetzungen für eine Leistung aus der Pensionsversicherung erfüllen und
- in welchem Ausmaß Sie die Leistung erhalten.

#### UNSELBSTÄNDIGE ERWERBSTÄTIGKEIT(EN) – Punkt 3 des Antrages

Für die Teilpension ist die vereinbarte Normalarbeitszeit Ihrer Beschäftigung(en) ab dem Stichtag und in den letzten 12 Kalendermonaten vor dem Stichtag maßgeblich.

Geben Sie uns bitte für die letzten 12 Kalendermonate und ab dem Stichtag bekannt,

- bei welchem\*r Dienstgeber\*in Sie in diesem Zeitraum beschäftigt waren und in welchem Ausmaß (Anzahl der Wochenstunden) Sie gearbeitet haben,
- ob Sie bei diesem\*r Dienstgeber\*in ab dem Stichtag beschäftigt sind und in welchem Ausmaß (reduzierte Normalarbeitszeit) Sie arbeiten werden und
- ob Sie eine Altersteilzeitvereinbarung in Anspruch genommen haben.

Bei mehreren unselbständigen Erwerbstätigkeiten machen Sie die oben angeführten Angaben für alle Ihre Beschäftigungsverhältnisse.

Ihre Angaben über

- die vereinbarte Normalarbeitszeit in den letzten 12 Kalendermonaten vor dem Stichtag,
  - die vereinbarte (reduzierte) Normalarbeitszeit ab dem Stichtag und
  - die Altersteilzeit und die vereinbarte Normalarbeitszeit vor der Altersteilzeit
- müssen Sie durch aktuelle Bestätigung(en) der Dienstgeber\*innen nachweisen.

## **SELBSTÄNDIGE ERWERBSTÄTIGKEIT oder POLITISCHE FUNKTION – Punkt 4 des Antrages**

Eine selbständige Erwerbstätigkeit in Form einer Personengemeinschaft oder als Einzelperson kann grundsätzlich auch ohne Bestehen einer Pflichtversicherung vorliegen. Ob im Einzelfall lediglich eine Kapitalbeteiligung oder eine selbständige Erwerbstätigkeit vorliegt, richtet sich nicht nach der Gesellschaftsform, sondern nach der tatsächlichen Beteiligung am Unternehmen.

Selbständig erwerbstätig sind beispielsweise:

- **Gewerbetreibende, Neue Selbständige und Freiberufliche Selbständige:**  
Inhaber\*innen von Gewerbeberechtigungen, Inhaber\*innen ohne Gewerbeberechtigungen, Künstler\*innen, Schriftsteller\*innen, Apotheker\*innen
- **Erwerbstätige in der Land- und Forstwirtschaft:**  
Betriebsführer\*innen eines land-(forst)wirtschaftlichen Betriebes, hauptberuflich Beschäftigte in einem land-(forst)wirtschaftlichen Betrieb
- **Funktion in einer Personen- oder Kapitalgesellschaft:**  
Gesellschafter\*innen einer offenen Gesellschaft, persönlich haftende Gesellschafter\*innen einer Kommanditgesellschaft, geschäftsführende Gesellschafter\*innen einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung, Prokurist\*innen
- **Andere selbständig Erwerbstätige:**  
Mitglieder eines Aufsichtsrates oder eines Vorstandes
- **Bezüge aus politischer Funktion:**  
Bürgermeister\*innen, Gemeinderäte\*Gemeinderätinnen

## **ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUR ANTRAGSTELLUNG**

Das Antragsformblatt kann bei allen Pensionsversicherungsträgern, aber auch bei anderen Sozialversicherungsträgern (z.B. Österreichische Gesundheitskasse) und Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung (z.B. Magistrat, Bezirkshauptmannschaft) abgegeben werden.

Ein bei einer Gemeinde gestellter Antrag gilt mit dem Tag der Einbringung bei dieser als gestellt, wenn der Antrag binnen **zwei Monaten** bei einem Sozialversicherungsträger einlangt.

Sie können den Antrag

- per Post,
- online oder per E-Mail digital signiert,
- per E-Mail (ohne digitale Signatur)

einbringen.

Das Antragsformular muss von Ihnen unterschrieben oder digital signiert sein. Es dürfen unsererseits keine Zweifel an der Echtheit der Unterschrift bzw. der Identität des Antragstellers bestehen.

Die Adressen, Telefonnummern und E-Mail-Adressen entnehmen Sie bitte den beiliegenden Meldepflichten unter „UNSERE ADRESSEN“.