



**Ich beantrage die Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege (frühestens ein Jahr vor der Antragstellung).**

- eines nahen Angehörigen / einer nahen Angehörigen ab .....
- des behinderten Kindes ab .....

**2. PERSONALDATEN DES NAHEN ANGEHÖRIGEN / DER NAHEN ANGEHÖRIGEN / DES BEHINDERTEN KINDES**

Familienname / Nachname: ..... Vorname: .....

Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum: .....

Angehörigeneigenschaft: .....  
(zB Kind, Ehepartner, Ehepartnerin, eingetragener Partner, eingetragene Partnerin, Mutter, Bruder, Lebensgefährte, Lebensgefährtin)

Geschlecht:  weiblich  männlich

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.

Besteht für Zeiten der Pflege des Kindes / des nahen Angehörigen / der nahen Angehörigen bereits eine Selbstversicherung oder wurde eine solche beantragt?  ja  nein

**3. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON**

- |  | <i>Nachweis liegt bei</i> | <i>wird nachgereicht</i> |
|--|---------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung / Obsorge betraute Person | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> bevollmächtigte Person                                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> mit der Sachwalterschaft betraute Person                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

Familienname / Nachname: ..... 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

Wenn JA, Angabe der wöchentlichen Arbeitsstunden: ..... Stunden.

unselbstständig .....  
Dienstgeber (Name und Anschrift)

selbstständig als .....  
.....  
Name und Adresse der Firma (der Kanzlei, der Praxis etc.)

Pflegekarenz oder Pfl egeteilzeit von ..... bis .....

4.2 Stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis?  ja  nein

4.3 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

4.4 Beziehen Sie

- eine Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung oder eine Überbrückungshilfe?  ja  nein
- Krankengeld?  ja  nein
- Wochengeld aus einer gesetzlichen Krankenversicherung?  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 Pension aus eigener Versicherung in einer gesetzlichen Pensionsversicherung (auch im Ausland) oder haben Sie eine solche beantragt?

ja .....  
Versicherungsträger, Aktenzeichen  nein

4.8 Beziehen Sie einen Ruhegenuss?

ja .....  
Auszahlende Stelle  nein

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 Lebt der nahe Angehörige / die nahe Angehörige ab dem beantragten Beginn der Selbstversicherung mit der Pflegeperson im gemeinsamen Haushalt?  ja  nein  
Wenn NEIN: Erfolgt die Pflege in häuslicher Umgebung?  ja  nein  
Angabe der Pflegeadresse: .....

5.2 Wird die Arbeitskraft der Pflegeperson durch die Pflege des nahen Angehörigen / der nahen Angehörigen erheblich beansprucht?  ja  nein

5.3 Besteht für den nahen Angehörigen / die nahe Angehörige Anspruch auf Pflegegeld?  ja  nein

Wenn JA, in Stufe  1  2  3  4  5  6  7

ab wann: .....  
(Bitte Nachweis beilegen)

5.4. Wurde bereits von einer anderen Person diese Form der Selbstversicherung beantragt?  
 ja, von .....  
 nein

5.5 Wurde 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, von .....  
im Ausmaß von .....  
 nein

Sollten Sie selbst zusätzliche Pflegeleistungen erbringen, wird ersucht eine entsprechende Aufstellung diesem Formblatt beizulegen.

**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
- MELDEZETTEL des Versicherten / der Versicherten 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. Lebt das behinderte Kind ab dem beantragten Beginn der Selbstversicherung mit der Pflegeperson 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

6.2. Wird die Arbeitskraft der Pflegeperson durch die Pflege des Kindes zur Gänze beansprucht?  ja  nein

6.3. Besteht für das Kind Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe im Sinne des Familienlastenausgleichsgesetzes?  ja  nein

6.4. Wer bezieht die erhöhte Familienbeihilfe?

Familienname / Nachname: ..... Vorname: .....

.....  
Verwandschaftsverhältnis 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)

6.5. Besteht für das Kind Anspruch auf Pflegegeld?

ja  nein

Wenn JA, in Stufe  1  2  3  4  5  6  7

ab wann: .....

(Bitte Nachweis beilegen)

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

Hausnr.

Postleitzahl

Ort

### ERFORDERLICHE UNTERLAGEN

- GEBURTSURKUNDE der Pflegeperson und des Kindes
- HEIRATSURKUNDE(N) / URKUNDE(N) ÜBER DIE EINGETRAGENE(N) PARTNERSCHAFT(EN) BZW. EIN AMTLICH BEGLAUBIGTER AUSZUG AUS DEM PARTNERSCHAFTSBUCH der Pflegeperson und eventuell des Kindes
- MELDEZETTEL der Pflegeperson und des Kindes
- STERBEURKUNDE des Kindes, wenn es innerhalb der letzten zwölf Monate verstorben ist
- Geburtsurkunden der Kinder, die von der Pflegeperson 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:



|                                  |              |
|----------------------------------|--------------|
| <b>Bitte unbedingt ausfüllen</b> |              |
| Versicherungsnummer              | Geburtsdatum |
|                                  |              |
| <b>Bitte unbedingt ausfüllen</b> |              |
| Versicherungsnummer des Kindes   | Geburtsdatum |
|                                  |              |

.....  
Familienname / Nachname und Vorname der Pflegeperson

.....  
Familienname und Vorname des Kindes

## Beiblatt zum Antrag auf Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes

### ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND DES BEHINDERTEN KINDES

1. Bedarf das Kind ständiger persönlicher Hilfe und besonderer Pflege?       ja       nein

Welche Tätigkeiten hinsichtlich der Pflege des Kindes werden von Ihnen täglich erbracht und wie hoch ist der tägliche Zeitaufwand hierfür?

.....  
.....

2. Ist das Kind bettlägrig?       ja       nein

3. Ist das Kind hochgradig sehbehindert oder blind?       ja       nein

Wenn JA, wird oder wurde eine Blindenschule besucht?       ja       nein

4. Ist das Kind hochgradig hörbehindert oder taub?       ja       nein

Wenn JA, besteht eine Hörgeräteversorgung?       ja       nein

einohrig       beidohrig

Wurde eine Cochlearimplantation durchgeführt?       ja       nein

Ist eine solche Operation vorgesehen?       ja       nein

5. Besteht bei dem Kind eine Stoffwechselstörung (wie zB Diabetes mellitus oder eine Phenylketonurie)?

ja  nein

Wenn JA, welche Stoffwechselstörung?

.....  
.....

6. Besteht bei dem Kind eine medizinisch nachgewiesene Glutenunverträglichkeit (Zöliakie)?

ja  nein

7. Besteht bei dem Kind eine Erbkrankheit oder ein genetischer Defekt (zB Morbus Down)?

ja  nein

Wenn JA, Bezeichnung

.....  
.....

8. Welche (anderen) Leiden oder Erkrankungen bestehen bei dem Kind?

.....  
.....

9. Hausarzt / behandelnder Arzt:

.....  
Name und Anschrift

Wir ersuchen vorhandene ärztliche Befunde, Bestätigungen etc. in Kopie beizulegen.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift der antragstellenden Person





|                     |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
|                     |

## FRAGEBOGEN KINDERERZIEHUNGSZEITEN

Sehr geehrte Frau!  
Sehr geehrter Herr!

Zur Feststellung, ob Zeiten der Kindererziehung in Ihrem Versicherungsverlauf bzw. bei Hinterbliebenenpensionen im Versicherungsverlauf des / der Verstorbenen zu berücksichtigen sind, ersuchen wir Sie, die umseitige Erklärung ausgefüllt an uns zu retournieren. Die angeführten Fragen beziehen sich auf die **ersten vier Lebensjahre** des Kindes / der Kinder bzw. bei **Mehrlingsgeburten** auf die **ersten fünf Lebensjahre** der Kinder.

Zeiten der Kindererziehung gebühren dem Elternteil, der das Kind / die Kinder **tatsächlich und überwiegend** erzo-gen hat.

Eine von Ihnen bzw. dem / der Verstorbenen innerhalb der ersten vier Lebensjahre des Kindes bzw. der ersten fünf Lebensjahre der Kinder ausgeübte versicherungspflichtige Tätigkeit hindert nicht die (zusätzliche) Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung, wenn die Erziehung dadurch nicht unterbrochen wurde.

### Als Kinder gelten:

### *Erforderliche Dokumente:*

#### **eheliche Kinder**

- Geburtsurkunde

### *Zusätzlich zur Geburtsurkunde für:*

#### **uneheliche Kinder**

- nur von männlichen Versicherten: Vaterschaftsnachweis (Anerkenntnis / Urteil)

#### **Wahl-(Adoptiv)kinder**

- Adoptionsurkunde bzw. Adoptionsvertrag

#### **Stiefkinder**

- Nachweis über die Eheschließung mit dem leiblichen Elternteil Ihres Stiefkindes

#### **Pflegekinder**

- nur wenn die Übernahme in unentgeltliche Pflege nach dem 31.12.1987 erfolgte: Gerichtsbeschluss bzw. Ermächtigung des / der Erziehungsberechtigten



# ERKLÄRUNG

Bitte zutreffendes ankreuzen

Ich ....., geb.: ..... erkläre wahrheitsgemäß, dass

ich bzw.  die / der Verstorbene 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 <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 |
| zur Adoption freigegeben?   | <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 .....  | seit .....  | seit .....  | seit .....  |
| 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 .....  | seit .....  | seit .....  | seit .....  |
| Erziehung in Österreich in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren | <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 |
| • in der Zeit   | vom .....   | vom .....   | vom .....   | vom .....   |
|   | bis .....   | bis .....   | bis .....   | bis .....   |
|   | vom .....   | vom .....   | vom .....   | vom .....   |
|   | bis .....   | bis .....   | bis .....   | bis .....   |

# ERKLÄRUNG

Bitte zutreffendes ankreuzen



|   | 1. Kind   | 2. Kind   | 3. Kind   | 4. Kind   |
|---|---|---|---|---|
| Erziehung außerhalb Österreichs   | vom .....<br>bis .....                                    | vom .....<br>bis .....                                    | vom .....<br>bis .....                                    | vom .....<br>bis .....                                    |
| Staat   | .....<br>vom .....<br>bis .....                           | .....<br>vom .....<br>bis .....                           | .....<br>vom .....<br>bis .....                           | .....<br>vom .....<br>bis .....                           |
| Staat   | .....   | .....   | .....   | .....   |
| Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz? *               | <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 im Versicherungsverlauf einer anderen Person bereits beantragt bzw.berücksichtigt?                    | <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 |
| Versicherungsnummer / Geburtsdatum des anderen Elternteiles   | ..... / .....   | ..... / .....   | ..... / .....   | ..... / .....   |
| Hat der andere Elternteil in den ersten vier bzw. fünf 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 |
| Bezog der andere Elternteil Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz? | <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 |

\* Zutreffendenfalls betreffen die Fragen die / den Verstorbene(n).

Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift