

Versicherungsnummer: _____



ANTRAG auf Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege

eines (einer) nahen Angehörigen ab

eines behinderten Kindes ab

1. PERSONALDATEN DER PFLEGEPERSON

Familiennamen und Vorname (bitte auch alle früheren Namen angeben)

Geboren am: _____ in: _____ Staatsbürgerschaft: _____ Personenstand: _____
_____ seit wann? _____

Verwandtschaftsverhältnis zum behinderten Kind/zum (zur) nahen Angehörigen:

Anschrift: _____

Telefon: _____

Falls der Antrag von einem (einer) Bevollmächtigten eingebracht wird:

Familiennamen und Vorname des (der) Bevollmächtigten:

Anschrift: _____

Telefon: _____

2. PERSONALDATEN DES BEHINDERTEN KINDES / DES (DER) NAHEN ANGEHÖRIGEN

Familiennamen und Vorname (bitte auch alle früheren Namen angeben)

Geboren am: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Hinweis: Die Selbstversicherung ist nicht nur für die Pflege der eigenen Angehörigen, sondern auch für die eines Lebensgefährten (einer Lebensgefährtin), sowie mit diesen (dieser) verschwägerten Personen möglich.

Besteht für die Zeit der Pflege des Kindes / des (der) nahen Angehörigen
bereits eine Selbstversicherung oder wurde eine solche beantragt?

JA

NEIN



3. PERSÖNLICHE VORAUSSETZUNGEN BEI PFLEGE EINES BEHINDERTEN KINDES (Zutreffendes ankreuzen)

Wird (Wurde) für das Kind Karenzurlaubsgeld bezogen? JA NEIN

Wenn JA, von wem _____

Bezugsdauer: von _____ bis _____
(Bitte diesbezügliche Nachweise beilegen)

Besteht für Zeiten der Pflege des behinderten Kindes bereits eine Selbstversicherung oder wurde eine solche beantragt? JA NEIN

Lebt das behinderte Kind ab dem Zeitpunkt der beantragten Selbstversicherung mit der Pflegeperson im gemeinsamen Haushalt? JA NEIN

(Bitte Meldezettel beilegen!)

Außerhalb des gemeinsamen Haushaltes wegen _____

In welchem(r) Heim, Schule _____
(Bitte genaue Bezeichnung)

Anschrift: _____ Telefon: _____

Aufenthaltsdauer _____
(Internatsmäßig, ganztägig, halbtägig, an welchen Wochentagen?)

Wird die Arbeitskraft der Pflegeperson durch die Pflege des Kindes überwiegend beansprucht? JA NEIN

Besteht für das Kind Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe im Sinne des § 8 Abs. 4 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl.Nr. 376? JA NEIN

Wer bezieht die erhöhte Familienbeihilfe?

Familienname und Vorname	Verwandtschaftsverhältnis zum Kind	Geburtsdatum
--------------------------	------------------------------------	--------------

Anschrift	Telefon
-----------	---------

Auszahlende Stelle	Anschrift	Telefon
--------------------	-----------	---------

Besteht für das Kind Anspruch auf Pflegegeld? JA NEIN

wenn JA, in Stufe _____

(Bitte unbedingt Nachweise beilegen!)

Ist das Kind gemäß § 15 des Schulunterrichtsgesetzes 1985, BGBl.Nr. 767/1985, wegen Schulunfähigkeit von der allgemeinen Schulpflicht befreit? JA NEIN
(Bitte unbedingt Nachweise in Fotokopie beilegen!)

Besteht ein Aktenvorgang bei einem Sozialversicherungsträger (Kranken-, Unfall- oder Pensionsversicherungsanstalt)? JA NEIN

Wenn JA, bei welcher Stelle?

_____ Aktenzeichen: _____

Bedarf das Kind ständiger persönlicher Hilfe und Betreuung? JA NEIN

Ist das Kind bettlägrig? JA NEIN



4. VERSICHERUNGSRECHTLICHE VORAUSSETZUNGEN (Zutreffendes ankreuzen)

Sind Sie in einer gesetzlichen Pensionsversicherung pflichtversichert? JA NEIN

Sind Sie in einer gesetzlichen Pensionsversicherung weiter(selbst)versichert? JA NEIN

Wenn JA, bei welchem Pensionsversicherungsträger?

_____ Aktenzeichen: _____

Haben Sie Anspruch auf eine laufende Leistung aus eigener Pensionsversicherung? JA NEIN

_____ Aktenzeichen: _____

Stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen, pensionsversicherungsfreien oder gleichartigen Dienstverhältnis? JA NEIN

Beziehen Sie einen Ruhegenuss nach einem solchen Dienstverhältnis? JA NEIN

Wenn JA, Bezeichnung und Anschrift der auszahlenden Dienststelle:

_____ Aktenzeichen: _____

Haben Sie innerhalb des letzten Jahres

- eine Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung oder eine Überbrückungshilfe bezogen? JA NEIN

Wenn JA, wann? _____

- Krankengeld bezogen? JA NEIN

Wenn JA, wann? _____

- Wochengeld aus einer gesetzlichen Krankenversicherung bezogen? JA NEIN
(nur ausfertigen, wenn es sich bei der Pflegeperson um eine Frau handelt)

Wenn JA, wann? _____

Haben Sie innerhalb der letzten vier Jahre

- ein weiteres Kind geboren? JA NEIN
(nur ausfertigen, wenn es sich bei der Pflegeperson um eine Frau handelt)

Wenn JA, wann? _____

(Bitte Geburtsurkunde beilegen!)

Wurde für das Kind Karenzurlaubsgeld bezogen? JA NEIN

Wenn JA, von wem _____

- ein Kind an Kindes Statt angenommen? JA NEIN

Wurde für das Kind Karenzurlaubsgeld bezogen? JA NEIN

Wenn JA, von wem _____

Standen Sie bereits in einem unselbstständigen (nach dem ASVG pensionsversicherungspflichtigen) Beschäftigungsverhältnis? JA NEIN

Wenn JA, letztes Dienstverhältnis von _____ bis _____

als _____

Dienstgeber: _____

Anschrift des Dienstgebers: _____



5. PERSÖNLICHE VORAUSSETZUNGEN BEI PFLEGE EINES (EINER) NAHEN ANGEHÖRIGEN

Lebt der (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 Pflegeanschrift: _____

Wird die Arbeitskraft der Pflegeperson durch die Pflege des (der) nahen Angehörigen erheblich beansprucht? JA NEIN

Besteht für den (die) nahe(n) Angehörige(n) Anspruch auf Pflegegeld? JA NEIN

Wenn JA, in Stufe _____

ab wann: _____

(Bitte Nachweis beilegen)

ERFORDERLICHE UNTERLAGEN (*Kopie ausreichend*)

◆ bei Antragstellung auf Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines (einer) nahen Angehörigen

- GEBURTSURKUNDE der zu pflegenden Person
- HEIRATSURKUNDE/PARTNERSCHAFTSURKUNDE der zu pflegenden Person
- MELDEZETTEL des (der) Versicherten und der zu pflegenden Person nur bei Pflege eines Lebensgefährten (einer Lebensgefährtin)

◆ bei Antragstellung auf Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes

- GEBURTSURKUNDE der Pflegeperson und des Kindes
- HEIRATSURKUNDE/PARTNERSCHAFTSURKUNDE 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 Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau das Recht vorbehält, diese Angaben jederzeit zu überprüfen.

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin



Das Antragsformblatt kann bei allen Servicestellen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, aber auch bei anderen Sozialversicherungsträgern (z.B. Krankenkassen) und Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung (z.B. Magistrat, Bezirkshauptmannschaft) eingebracht werden.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

Pensionsversicherung - BVAEB

Geschäftsstelle Wien:

Linke Wienzeile 48-52, 1060 Wien

Tel.: 05 0405 - 33 302

Fax: 05 0405 - 73 200

Pensionsversicherung - BVAEB

Geschäftsstelle Graz:

Lessingstraße 20, 8010 Graz

Tel.: 05 0405 - 33 600

Fax: 05 0405 - 73 201