

ERKLÄRUNG über die PFLEGESITUATION zum ANGEHÖRIGENBONUS für pflegende Angehörige

Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen

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

1	ANTRAGSTELLENDENDE PERSON	Versicherungsnummer	
Familiennamenname			
Vorname		Titel	

2	ZU PFLEGENDE PERSON	Versicherungsnummer	
Familiennamenname			
Vorname		Titel	

3	ANGABEN ÜBER DIE PFLEGESITUATION		
	Bitte füllen Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß aus und lassen Sie die Angaben über die Pflegesituation von <ul style="list-style-type: none"> • der zu pflegenden Person sowie • den weiteren pflegenden Personen aus dem Kreis der nahen Angehörigen bestätigen!		
3.1	PFLEGE IN HÄUSLICHER UMGEBUNG		
Pflegeadresse	Straße / Gasse / Platz		Hausnr./ Stiege/ Tür
	Postleitzahl	Ort	Land
Pflegen Sie die zu pflegende Person seit mindestens einem Jahr in häuslicher Umgebung? <input type="checkbox"/> ja, ich pflege seit mindestens einem Jahr in häuslicher Umgebung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ich pflege in häuslicher Umgebung erst seit <input type="checkbox"/> ich pflege nicht in häuslicher Umgebung			

3.2 PFLEGE ALLEINE

Pflegen Sie die zu pflegende Person **alleine**?

- ja, ich pflege alleine seit
- nein, ich pflege nicht alleine
 - Bei der Pflege unterstützt / unterstützen mich (eine) weitere Person(en) aus dem Kreis der nahen Angehörigen der zu pflegenden Person.
→ Bitte weitere Angaben unter Punkt 3.3
 - Bei der Pflege unterstützt / unterstützen mich eine / mehrere Person(en), die nicht dem Kreis der nahen Angehörigen der zu pflegenden Person angehört / angehören (z.B. Pflegefachkraft).

3.3 PFLEGE MIT WEITEREN NAHEN ANGEHÖRIGEN

Pflegen Sie die zu pflegende Person **nicht alleine, aber aus dem Kreis der nahen Angehörigen überwiegend**?

- ja, ich pflege nicht alleine, aber aus dem Kreis der nahen Angehörigen überwiegend seit
- nein, ich pflege nicht alleine und aus dem Kreis der nahen Angehörigen auch nicht überwiegend

Wer aus dem Kreis der nahen Angehörigen pflegt die zu pflegende Person zusätzlich zu Ihnen?

Familiennamen	
Vorname	
Versicherungsnummer	
Diese Person ist der / die der zu pflegenden Person. <small>zB Ehegatte/in, Sohn, Tochter, Vater, Mutter</small>	

Familiennamen	
Vorname	
Versicherungsnummer	
Diese Person ist der / die der zu pflegenden Person. <small>zB Ehegatte/in, Sohn, Tochter, Vater, Mutter</small>	

3.4 SELBSTVERSICHERUNG ODER WEITERVERSICHERUNG AUFGRUND DER PFLEGE DER ZU PFLEGENDEN PERSON

Ist jemand aus dem Kreis der nahen Angehörigen aufgrund der Pflege der zu pflegenden Person in der Pensionsversicherung selbstversichert oder weiterversichert? Oder wurde eine solche **Selbstversicherung oder Weiterversicherung** beantragt?

ja → Bitte weitere Angaben machen:

Familienname	
Vorname	
Versicherungsnummer	
Versicherungsträger der Selbstversicherung / Weiterversicherung	

nein

4 ERKLÄRUNG DER ANTRAGSTELLENDEN PERSON

- Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich jede Änderung des Wohnsitzes – wenn auch nur vorübergehend – sowie jede Änderung der Voraussetzungen für den Bezug und die Fortzahlung des Angehörigenbonus innerhalb von **vier Wochen** melden muss.
- Ich bin mir bewusst, dass unvollständige und falsche Angaben sowie eine Nichteinhaltung der Meldepflichten rechtliche Konsequenzen haben können.
- Ich bin darüber informiert, dass Leistungen, die aufgrund unrichtiger, unvollständiger oder verspäteter Angaben erbracht wurden, zurückgezahlt werden müssen.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Entscheidungsträger notwendige Auskünfte im Verfahren zur Feststellung des Angehörigenbonus bei den zuständigen Behörden, bei den Trägern der Sozialversicherung, bei Gerichten oder bei sonstigen in Betracht kommenden Stellen einholt.

<p>..... Datum</p>	<p>..... Unterschrift der antragstellenden Person</p>
-------------------------------	--

Folgende Unterlagen liegen bei:

.....

.....

.....

.....

5 ERKLÄRUNG DER ZU PFLEGENDEN PERSON	
<ul style="list-style-type: none"> • Ich bestätige, dass die Angaben in dieser Erklärung richtig und vollständig sind. • Ich bin mir bewusst, dass unvollständige und falsche Angaben rechtliche Konsequenzen haben können. • Ich bin damit einverstanden, dass der Entscheidungsträger notwendige Auskünfte im Verfahren zur Feststellung des Angehörigenbonus bei den zuständigen Behörden, bei den Trägern der Sozialversicherung, bei Gerichten oder bei sonstigen in Betracht kommenden Stellen einholt. 	
..... Datum Unterschrift der zu pflegenden Person

6 ERKLÄRUNG DER WEITEREN PFLEGENDEN PERSON(EN) aus dem Kreis der nahen Angehörigen	
<ul style="list-style-type: none"> • Ich bestätige, dass die Angaben in dieser Erklärung richtig und vollständig sind. • Ich bin mir bewusst, dass unvollständige und falsche Angaben rechtliche Konsequenzen haben können. • Ich bin damit einverstanden, dass der Entscheidungsträger notwendige Auskünfte im Verfahren zur Feststellung des Angehörigenbonus bei den zuständigen Behörden, bei den Trägern der Sozialversicherung, bei Gerichten oder bei sonstigen in Betracht kommenden Stellen einholt. 	
1) 2) Datum	1) 2) Unterschrift der weiteren pflegenden Person