



Bitte unbedingt ausfüllen									
Versicherungs- nummer						Geburtsdatum			

Eingelangt am:

Antrag auf

- ☐ **ALTERSPENSION**
- ☐ **VORZEITIGE ALTERSPENSION BEI LANGER VERSICHERUNGSDAUER**
- ☐ **KORRIDORPENSION**
- ☐ **INVALIDITÄTSPENSION / BERUFSUNFÄHIGKEITSPENSION**
- ☐ **INVALIDITÄTSPENSION / BERUFSUNFÄHIGKEITSPENSION** an eine versicherte Frau nach dem Tode des (geschiedenen) Ehegatten, wenn sie das 55. Lebensjahr vollendet und mindestens 4 lebende Kinder geboren hat

zum Stichtag

0	1
---	---

.

--

.

--	--	--

! Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf beiliegendem Informationsblatt !

Personenbezogene Bezeichnungen, die nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

1. PERSONALDATEN DES VERSICHERTEN (in Blockschrift)

Zuname: Vorname:

Frühere Namen: ☐

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Staatsangehörigkeit: seit:

Geburtsdatum: Geburtsort/Land:

Wenn Sie die deutsche Sprache nicht beherrschen, teilen Sie uns bitte Ihre Muttersprache mit:

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden

Datum der Eheschließung(en):

Datum des Todes des (der) Gatten
bzw. der Ehescheidung(en):

Adresse: ☐ Straße, Gasse, Platz

Hausnr., Stiege, Tür

Postleitzahl, Ort

Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

Sollten Sie Ihre Adresse - wenn auch nur vorübergehend - ändern, ersuchen wir um sofortige Benachrichtigung!

Bitte beachten Sie, dass nachstehende Fragen an den Versicherten gerichtet sind.

Welcher Art? mtl. netto EUR

Antrag auf Kinderzuschuss für:	1. Kind	2. Kind
Zuname		
Vorname		
Versicherungsnummer oder Geburtsdatum		
ehelich, unehelich, legitimiert, adoptiert, Stiefkind, Enkelkind		
Wird für das Kind bereits Kinderzuschuss bezogen oder wurde dieser beantragt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Von welcher Person?		
Von (bei) welchem Versicherungsträger?		
Bei Kindern über dem 18. Lebensjahr bitte Grund für Antragstellung anführen (Schul-, Berufsausbildung, Erwerbsunfähigkeit)		
Bezieht das Kind eine Pension oder wurde eine solche beantragt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Von (bei) welchem Versicherungsträger?		

5. UNSELBSTSTÄNDIGE ERWERBSTÄTIGKEIT (beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

Ist Ihr Beschäftigungsverhältnis aufrecht?

☐ ja Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens: EUR

Beabsichtigen Sie die Beschäftigung im Falle des Pensionsanspruches aufzugeben?

☐ ja, am: ☐ nein

☐ nein, beendet seit:

Datum der Lösung des Beschäftigungsverhältnisses:

Haben Sie Anspruch auf Abfertigung?

☐ ja ☐ nein
von - bis

Haben Sie mit Ihrem Arbeitgeber eine Altersteilzeit-
vereinbarung abgeschlossen?

☐ ja ☐ nein
von - bis

Besteht Anspruch auf bzw. erhalten Sie folgende Leistungen:

- Entgeltfortzahlung ☐ ja ☐ nein
von - bis
- Ersatzleistung für nicht verbrauchten Urlaub
(Urlaubsentschädigung, Urlaubsabfindung) ☐ ja ☐ nein
von - bis
- Kündigungsentschädigung ☐ ja ☐ nein
von - bis

Sind Sie damit einverstanden, dass wir uns mit Rückfragen **direkt**
an Ihren (letzten) Arbeitgeber wenden?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte die Telefonnummer
(bei einer Beschäftigung im Ausland auch Namen und Anschrift) angeben:

.....

6. SELBSTSTÄNDIGE ERWERBSTÄTIGKEIT (beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

- Sind Sie selbstständig erwerbstätig oder üben Sie eine (mehrere) Funktion(en) in einer Personen- oder Kapitalgesellschaft aus bzw. sind Sie an einer solchen beteiligt?

(Geben Sie uns Ihre selbstständige Erwerbstätigkeit auch an, wenn Sie daraus **kein** Einkommen erzielen)

- ☐ ja:
- | | |
|---|---|
| ☐ in einem Gewerbebetrieb | ☐ freiberuflich |
| ☐ als geschäftsführender Gesellschafter | ☐ Funktion |
| ☐ in einem land- (forst)wirtschaftlichen Betrieb | ☐ Beteiligung |
| ☐ auf Basis eines Werkvertrages | ☐ auf sonstige Art |

Höhe des durchschnittlichen mtl. Einkommens: EUR

Name und Anschrift / Standort des Betriebes:

Genaue Bezeichnung Ihrer selbstständigen (freiberuflichen) Erwerbstätigkeit / Funktion:

.....

Beabsichtigen Sie die selbstständige Erwerbstätigkeit im Falle des Pensionsanspruches aufzugeben?

☐ ja, am: ☐ nein

☐ nein, beendet seit:

7. ERGÄNZENDE FRAGEN ZUR SELBSTSTÄNDIGEN ERWERBSTÄTIGKEIT

Besteht eine **Ausnahme von der Pflichtversicherung**

nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG), Bauern-Sozial-

versicherungsgesetz (BSVG) oder Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz (FSVG)? ☐ ja ☐ nein

Haben (Hatten) Sie einen land- (forst)wirtschaftlichen Grundbesitz?

☐ ja, wo? von wann bis wann?

☐ selbst bewirtschaftet ☐ verpachtet ☐ übergeben ☐ gepachtet oder zugepachtet

☐ nein

8. POLITISCHE FUNKTION

Erhalten Sie auf Grund einer politischen Funktion Bezüge

nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen?

☐ ja ☐ nein

9. SONSTIGE BEZÜGE

Beziehen oder beantragen Sie eine der nachstehenden Leistungen?

	nein	ja	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
aus der Krankenversicherung (z.B. Krankengeld)	☐	☐	
aus der Arbeitslosenversicherung (z.B. Arbeits- losengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss)	☐	☐	
aus der Pensionsversicherung	☐	☐	
aus der Unfallversicherung	☐	☐	
von einem Träger der Sozialhilfe (z.B. Sozialhilfe)	☐	☐	
von einem Bundessozialamt (z.B. Beschädigten(grund)- Hinterbliebenenrente)	☐	☐	
nach dem Opferfürsorgegesetz (z.B. Rente bzw. Hinterbliebenenrente)	☐	☐	
vom Bund, Land oder der Gemeinde Wien (z.B. Ruhe- oder Versorgungsgenuss, Ruhebezug)	☐	☐	
von einem früheren Dienstgeber (z.B. Pension, Zusatzpension, Pensionszulage)	☐	☐	
Bezüge und Vorteile aus inländischen Pensionskassen	☐	☐	
aus dem Ausland (z.B. Rente, Arbeitslosengeld, Versorgungsbezug)	☐	☐	
Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen	☐	☐	

im **In- und Ausland** ab Vollendung des 14. Lebensjahres **lückenlos** an.

Schulzeit	von	bis	Bezeichnung und Ort der Schule
Berufs-(Fach-)schule			
Höhere Schule			
Hochschule/Universität			

[illegible]

11. ERGÄNZENDE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSVERLAUF

- Haben Sie jemals direkt an einen Pensionsversicherungsträger Beiträge entrichtet?

☐ ja ☐ nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

- Wurden für Sie bei einem Pensionsversicherungsträger Beiträge zur Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes entrichtet?

☐ ja ☐ nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

- Haben Sie auch Beschäftigungszeiten im Ausland zurückgelegt?

☐ ja ☐ nein
Staat(en)

- Haben Sie die Vormerkung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?

☐ ja ☐ nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

- Hatten Sie Ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort beschäftigt gewesen zu sein?

☐ ja ☐ nein
Staat(en)

Sind Sie damit einverstanden, dass der deutsche Versicherungsverlauf mittels elektronischer Datenübermittlung aus dem Datenbestand der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin abgerufen wird?

☐ ja ☐ nein

Beantragen Sie aus der ausländischen Rentenversicherung eine Leistung auf Grund einer Krankheit oder eines körperlichen Gebrechens, sofern derzeit kein Anspruch auf eine Leistung aus dem Versicherungsfall des Alters besteht?

☐ ja ☐ nein

- Sind Sie an einem (weiteren) **Nachkauf Ihrer Schul-, Studien- bzw. Ausbildungszeiten** ab dem 15. Lebensjahr interessiert?

☐ ja ☐ nein

- Haben Sie Kinder in Österreich, der Schweiz oder in einem EU/EWR-Staat erzogen? ☐ ja ☐ nein

Hinweis für männliche Versicherte:

Anspruch auf Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung hat vorrangig die weibliche Versicherte. Wenn jedoch Sie selbst das Kind (die Kinder) tatsächlich und überwiegend erzogen haben, beantworten Sie bitte obige Frage.

(Fragebogen Kindererziehungszeiten bitte ausfüllen)

Von weiblichen Versicherten auszufüllen:

- Erhielten Sie anlässlich einer Eheschließung einen Ausstattungsbeitrag bzw. eine Beitragserstattung?

☐ ja ☐ nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

Haben Sie den (die) erstatteten Beitrag (Beiträge) zurückgezahlt? ☐ ja ☐ nein

Beabsichtigen Sie eine Rückzahlung? ☐ ja ☐ nein

12. BUNDESPFLEGEgeld

Fühlen Sie sich derart pflegebedürftig, dass Sie ständig der Betreuung und Hilfe bedürfen?

☐ ja ☐ nein

Beziehen oder beantragen Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (z.B. Landespflegegeld, Pflege- bzw. Blindenzulage, erhöhte Familienbeihilfe)?

☐ ja ☐ nein
Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen

13. ERGÄNZENDE FRAGEN ZUR ANTRAGSTELLUNG

- Beantragen Sie die **Weiterversicherung** in der Pensionsversicherung bzw. eine **Beitragsentrichtung** für Ihre **Schulzeiten** für den Fall, dass zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen die Entrichtung von Beiträgen notwendig ist? ☐ ja ☐ nein

- Sind Sie mit der Verschiebung des Antrages (des Stichtages) einverstanden, wenn dadurch eine Ablehnung vermieden (bzw. ein für Sie günstigerer Leistungsanspruch erzielt) werden kann? ☐ ja ☐ nein

Bitte nur bei Antrag auf (vorzeitige) Alterspension oder Korridor pension ausfüllen:

- Ist Ihre Arbeitsfähigkeit auf Grund einer Krankheit oder eines körperlichen Gebrechens eingeschränkt bzw. halten Sie sich für invalid/berufs unfähig? ☐ ja ☐ nein

- **Hinweis:** Ein Antrag auf Invaliditäts-/Berufs unfähigkeits pension gilt bei Wohnsitz in Österreich auch als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation.

14. ANWEISUNG

Die Anweisung auf ein Pensionskonto

- ☐ wird gewünscht

Die Überweisung der Pension auf ein Girokonto ist - auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto - nur über „**Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung**“ bei einem Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse etc.) möglich.

- ☐ wird nicht gewünscht. **Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.**

15. MELDEVERPFLICHTUNG

Ich erkläre, dass ich die in diesem Antragsformular enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass mich das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz verpflichtet, jede Änderung der Verhältnisse, die auf die Pensionsleistung Bezug haben sowie jede Änderung des Wohnsitzes - wenn auch nur vorübergehend (zB Spitalsaufenthalt) - innerhalb von **zwei Wochen** zu melden.

Jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und die Höhe des Erwerbseinkommens sowie jede Änderung der Höhe des Erwerbseinkommens ist binnen **sieben Tagen** zu melden.

Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Folgende Unterlagen werden dem Pensionsantrag angeschlossen:

Bestätigung der aufnehmenden Stelle:

.....
Ort / Datum

.....
Siegel und Unterschrift



PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Hauptstelle: Friedrich-Hillegast-Straße 1, Postfach 1000, A-1021 Wien



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Zuname:

Vorname:

Beiblatt zum Antrag auf Invaliditäts- / Berufsunfähigkeitspension

! Der Versicherungsverlauf im Antragsformblatt ist jedenfalls lückenlos auszufüllen !

ANGABEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND

◆ Wegen welcher **Krankheiten, Leiden** oder **Gebrechen** und **seit wann** halten Sie sich für invalid / berufsunfähig?

Krankheiten, Leiden, Gebrechen:	seit:
.....	
.....	
.....	
Letzte Krankenstände:	
von - bis	
Sind Sie gehfähig und im Stande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen? ☐ ja ☐ nein	

◆ Bisherige **Operationen** und **schwere Krankheiten** mit **Jahresangabe**:

.....			
.....			

◆ **Krankenhausaufenthalte** der letzten 3 Jahre:

in	von	bis
in	von	bis
in	von	bis
Sind Sie damit einverstanden, dass wir die Befunde direkt vom Krankenhaus einholen? ☐ ja ☐ nein		

◆ Wurden Sie bereits einmal bei einem Pensionsversicherungsträger ärztlich untersucht?

☐ nein ☐ ja	.....	.....
	Versicherungsträger	Grund der Untersuchung

◆ Wurden Maßnahmen der **Rehabilitation** (Aufenthalte, Kurse, Umschulungen usw.), **Kuraufenthalte** und **Heilverfahren** durch einen Sozialversicherungsträger in den letzten 5 Jahren gewährt oder von Ihnen beantragt?

☐ nein ☐ ja	Datum:	Art der Maßnahmen:	Sozialversicherungsträger:
			
			

◆ Ist Ihr Leiden die Folge eines **Arbeitsunfalles** oder einer **Berufskrankheit**?

☐ nein ☐ ja

Wurde Unfallanzeige erstattet? ☐ nein ☐ ja
Versicherungsträger

◆ Ist Ihr Leiden die Folge eines **sonstigen Unfalles**?

☐ nein ☐ ja
Unfallhergang

◆ Ist Ihr Leiden durch Dritte verursacht worden?

☐ nein ☐ ja
Datum Name und Anschrift des Schädigers

Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht? ☐ nein ☐ ja

◆ Ist Ihr Leiden durch eine von Ihnen begangene Handlung vorsätzlich herbeigeführt worden?

☐ nein ☐ ja

War / Ist bei Gericht ein Verfahren anhängig?

☐ nein ☐ ja
zuständiges Gericht / Geschäftszahl

◆ Hausarzt / behandelnder Arzt:

.....
Name und Anschrift

ANGABEN ZUR ERWERBSTÄTIGKEIT

◆ Lehrausbildung:

von	bis	Lehrberuf, Lehrbetrieb bzw. Ausbildungsstätte, Betriebsort	Lehrabschluss	
.....			☐ ja	☐ nein
.....			☐ ja	☐ nein

◆ Sonstige Aus- und Weiterbildungen (Kurse, Schulungen, Meisterprüfungen, u. Ä.):

von	bis	Art	Abschluss	
.....			☐ ja	☐ nein
.....			☐ ja	☐ nein
.....			☐ ja	☐ nein

◆ Angaben zur derzeit ausgeübten Erwerbstätigkeit:

Befinden Sie sich derzeit in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis?

☐ ja, voraussichtliches Ende: ☐ nein, beendet seit:

Sind Sie selbstständig erwerbstätig?

☐ ja, Tätigkeit: ☐ nein

TÄTIGKEITSBILD

Haben Sie das 57. Lebensjahr bereits vollendet oder werden Sie dieses im nächsten Jahr vollenden?

- ☐ ja ⇒ die nachstehenden Fragen sind für **jedes** in den letzten 15 Jahren ausgeübte **Beschäftigungsverhältnis gesondert** zu beantworten.
- ☐ nein ⇒ die nachstehenden Fragen sind für die in den letzten 15 Jahren **überwiegend ausgeübte Tätigkeit** zu beantworten.

◆ Name des Dienstgebers und Betriebsart:

.....

◆ genaue Beschreibung aller Teiltätigkeiten anführen (z.B.: Magazineur in der Werkzeugausgabe; als Lagerarbeiter Sortieren und Verpacken der Waren; Näharbeiten an Maschinen; Löten von Printplatten; Zusammenschrauben von Werkteilen; Kundenbetreuung im Innen- oder Außendienst; Dekorieren von Schaufenstern)

von	bis	Genaue Tätigkeitsbeschreibung	Verwendete Werkzeuge, Geräte etc.
.....			
.....			
.....			

◆ Welche Ausbildung war für diese Tätigkeit erforderlich?

Schul Ausbildung nach Abschluss der Pflichtschule:

abgeschlossene Lehre als:

Sonstige Kenntnisse (z.B. Meisterprüfung, Schulungen, Schweißprüfung, EDV-Kenntnisse):

.....

◆ Haben Sie diese Tätigkeit in den letzten 15 Jahren mindestens 10 Jahre hindurch ausgeübt?

- ☐ ja ☐ nein

tägliche Arbeitszeit in Stunden:			ständig	häufig	fallweise	nicht
Außendienst			☐	☐	☐	☐
Reisetätigkeit			☐	☐	☐	☐
Gehen			☐	☐	☐	☐
Stehen			☐	☐	☐	☐
Sitzen			☐	☐	☐	☐
Arbeiten über Kopfhöhe			☐	☐	☐	☐
in gebückter Haltung			☐	☐	☐	☐
in vorgebeugter Haltung			☐	☐	☐	☐
in knieender Haltung			☐	☐	☐	☐
in hockender Haltung			☐	☐	☐	☐
in anderen Körperhaltungen (welche:)			☐	☐	☐	☐
Heben von Lasten	- leicht	(bis 10 kg)	☐	☐	☐	☐
	- mittelschwer	(bis 25 kg)	☐	☐	☐	☐
	- schwer	(über 25 kg)	☐	☐	☐	☐
Tragen von Lasten	- leicht	(bis 5 kg)	☐	☐	☐	☐
	- mittelschwer	(bis 15 kg)	☐	☐	☐	☐
	- schwer	(über 15 kg)	☐	☐	☐	☐

	ständig	häufig	fallweise	nicht
Bildschirmarbeit	☐	☐	☐	☐
Arbeiten an laufenden Maschinen oder Geräten (welche:) Berufsbedingtes Lenken eines KFZ etc. (welches:)	☐	☐	☐	☐
Lärmeinwirkung	☐	☐	☐	☐
Kälte	☐	☐	☐	☐
Hitze	☐	☐	☐	☐
Nässe	☐	☐	☐	☐
Staub	☐	☐	☐	☐
Rauch oder Gase	☐	☐	☐	☐
Zuglufteinwirkung	☐	☐	☐	☐
in geschlossenen Räumen	☐	☐	☐	☐
im Freien	☐	☐	☐	☐
auf Leitern oder Gerüsten	☐	☐	☐	☐
geringer Zeitdruck	☐	☐	☐	☐
durchschnittlicher Zeitdruck	☐	☐	☐	☐
überdurchschnittlicher Zeitdruck (z.B. Termin- od. Abschlussarb.)	☐	☐	☐	☐
besonderer Zeitdruck (z.B. Akkordarbeit)	☐	☐	☐	☐
Fließbandarbeit	☐	☐	☐	☐
Schichtarbeit	☐	☐	☐	☐
Nacharbeit (von bis)	☐	☐	☐	☐
Feinarbeiten	☐	☐	☐	☐
Grobarbeiten	☐	☐	☐	☐
Bedienen von Tastaturen	☐	☐	☐	☐
Besondere Fingerfertigkeit	☐	☐	☐	☐
Kundenkontakt	☐	☐	☐	☐
Aufsicht über Mitarbeiter ☐ ja Anzahl: ☐ nein				

Weitere besondere Anforderungen:

.....
Datum

.....
Unterschrift



Versicherungsnummer

FRAGEBOGEN KINDERERZIEHUNGSZEITEN

Sehr geehrte Frau!
Sehr geehrter Herr!

Zur Feststellung, ob Zeiten der Kindererziehung in Ihrem Versicherungsverlauf 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** erzogen hat.

Eine von Ihnen 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:

eheliche Kinder

uneheliche Kinder

legitimierte Kinder

Wahl-(Adoptiv)kinder

Stiefkinder

Pflegekinder

Erforderliche Dokumente:

➤ Geburtsurkunde

Zusätzlich zur Geburtsurkunde für:

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

➤ Legitimationsurkunde

➤ Adoptionsurkunde bzw. Adoptionsvertrag

➤ Nachweis über die Eheschließung mit dem leiblichen Elternteil Ihres Stiefkindes

➤ 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 nachstehend angeführte(s) Kind(er) tatsächlich und überwiegend erzogen habe.

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Zuname				
Vorname				
Geburtsdatum / Ort der Geburt				
ehelich, legitimiert, unehelich, Stiefkind				
adoptiert?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
zur Adoption freigegeben?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
	seit	seit	seit	seit
Erziehung in Österreich:	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
○ in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
○ nur in der Zeit				
Erziehung im Ausland:	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Staat	.....	.....	.....	.....
Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wenn nein, welche Person bezog allenfalls eine dieser Leistungen?	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
Wurden Kindererziehungszeiten im Versicherungsverlauf einer anderen Person bereits beantragt bzw. berücksichtigt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Befand sich Ihr Wohnsitz im Zeitpunkt der Geburt Ihres Kindes bzw. Ihrer Kinder in Österreich?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Hat der andere Elternteil in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren des Kindes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift