



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eingelangt am:

# Antrag auf

- ALTERSPENSION
- VORZEITIGE ALTERSPENSION BEI LANGER VERSICHERUNGSDAUER
- KORRIDORPENSION
- INVALIDITÄTSPENSION / BERUFSUNFÄHIGKEITSPENSION

**Dieser Antrag gilt VORRANGIG als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation (inklusive Rehabilitationsgeld).**

zum Stichtag   .  .

**! 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 / DER VERSICHERTEN (in Blockschrift)

Familienname:  Vorname:

Titel:  Frühere Namen:

Geschlecht:  weiblich  männlich Geburtsdatum:

Geburtsort:  Land:

Staatsangehörigkeit:  seit:

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

- Personenstand:
- ledig
  - verheiratet
  - verwitwet
  - geschieden
  - in eingetragener Partnerschaft lebend
  - hinterbliebene eingetragene Partnerin
  - hinterbliebener eingetragener Partner
  - aufgelöste eingetragene Partnerschaft

Datum der Eheschließung(en) / Eintragung der Partnerschaft(en):

Datum des Todes des Ehegatten / der Ehegattin / des eingetragenen Partners / der eingetragenen Partnerin bzw. der Ehescheidung(en) / Auflösung der Partnerschaft(en):

Adresse:

Straße, Gasse, Platz  Hausnr., Stiege, Tür  Postleitzahl

Ort  Bundesland  Land

Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

E-Mail



Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter [www.pensionsversicherung.at](http://www.pensionsversicherung.at).

**2. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON**

- |  |                           |                          |
|--|---------------------------|--------------------------|
|  | <i>Nachweis liegt bei</i> | <i>wird nachgereicht</i> |
| <input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung betraute Person<br><small>(Sachwalter, mit der Obsorge betraute Person, Vorsorgebevollmächtigter, gewählter, gesetzlicher oder gerichtlicher Erwachsenenvertreter, Kurator)</small> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> bevollmächtigte Person  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

Familienname: ..... Vorname: .....

Adresse: .....  
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür

.....

Postleitzahl, Ort

Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

Bitte beachten Sie, dass nachstehende Fragen an die versicherte Person gerichtet sind.

**3. PERSONALDATEN UND EINKOMMEN DER EHEGATTIN / DES EHEGATTEN / DER EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES EINGETRAGENEN PARTNERS** (auch anzugeben bei geschiedener Ehe / aufgelöster eingetragener Partnerschaft / getrennt lebenden Ehegatten / getrennt lebenden eingetragenen Partnern)

Familienname: ..... Vorname: .....

Frühere Namen: .....

Versicherungsnummer / Geburtsdatum: .....

Leben Sie mit der Ehegattin / dem Ehegatten / der eingetragenen Partnerin / dem eingetragenen Partner im gemeinsamen Haushalt?  ja  nein

Bezieht Ihre Ehegattin / Ihr Ehegatte / die eingetragene Partnerin / der eingetragene Partner eine Pension oder Rente aus der Sozialversicherung?  
 ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

Hat Ihre Ehegattin / Ihr Ehegatte / die eingetragene Partnerin / der eingetragene Partner ein sonstiges Einkommen?  ja  nein

Welcher Art? ..... mtl. netto EUR .....

**4. KINDERZUSCHUSS** (beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

Antrag auf Kinderzuschuss für:	1. Kind	2. Kind
Familienname		
Vorname		
Versicherungsnummer / Geburtsdatum		
ehelich, unehelich, adoptiert, Stiefkind, Enkelkind		
Wird für das Kind bereits Kinderzuschuss bezogen oder wurde dieser beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von welcher Person?	.....	.....
Von (bei) welchem Versicherungsträger?	.....	.....
Bei Kindern über dem 18. Lebensjahr bitte Grund für Antragstellung anführen (Schul-, Berufsausbildung, Tätigkeit nach dem Freiwilligengesetz, Erwerbsunfähigkeit)		
Bezieht das Kind eine Pension oder wurde eine solche beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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: .....

Haben Sie Anspruch auf Abfertigung?

ja .....  nein  
von - bis

Haben Sie mit Ihrem Arbeitgeber eine Altersteilzeitvereinbarung 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-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) oder Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz (FSVG)?  ja  nein

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

Wenn ja, wo? ..... von - bis? .....

selbst bewirtschaftet  verpachtet  übergeben  gepachtet oder zugepachtet

**8. POLITISCHE FUNKTION**

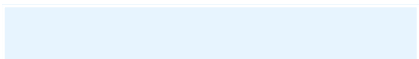
Erhalten Sie auf Grund einer politischen Funktion Bezüge nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen?  ja  nein

**9. SONSTIGE BEZÜGE**

Beziehen oder beantragen Sie eine der nachstehenden Leistungen?

	nein	ja	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
aus der Krankenversicherung (zB Krankengeld, Rehabilitationsgeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Arbeitslosenversicherung (zB Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, Umschulungsgeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem Träger der Sozialhilfe (zB Sozialhilfe oder Bedarfsorientierte Mindestsicherung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von Sozialministeriumservice (zB Beschädigten(grund)- Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nach dem Opferfürsorgegesetz (zB Rente bzw. Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vom Bund, Land oder der Gemeinde Wien (zB Ruhe- oder Versorgungsgenuss, Ruhebezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem früheren Dienstgeber (zB Pension, Zusatzpension, Pensionszulage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bezüge und Vorteile aus inländischen Pensionskassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus dem Ausland (zB Rente, Arbeitslosengeld, Versorgungsbezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	





**10. VERSICHERUNGSVERLAUF** (beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

Wurden Ihre Versicherungszeiten bereits festgestellt (zB rückwirkende Erfassung oder bescheidmäßige Feststellung von Versicherungszeiten)?

ja    ⇒ Ergänzen Sie bitte nur mehr **ab dem Zeitpunkt der letztmaligen Feststellung**.

nein    ⇒ Führen Sie bitte alle Zeiten

- einer Erwerbstätigkeit
- des Bezuges eines Krankengeldes, Wochengeldes, Rehabilitationsgeldes oder Kinderbetreuungsgeldes
- einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)

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

**Bei Antrag auf Invaliditäts- / Berufsunfähigkeitspension beachten Sie bitte, dass das Beiblatt zum Antrag auf Invaliditäts- / Berufsunfähigkeitspension jedenfalls vollständig auszufüllen ist.**

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

von	bis	a) beschäftigt als ..... (Beruf) b) selbstständig als ..... c) freiw. pensionsversichert d) nicht beschäftigt wegen .....	Name und Anschrift (Dienstgeber, Arbeitsmarktservice, Sozialversicherungsträger, Betrieb etc.) Bundesland, Staat





**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

---

- Waren Sie im Ausland unselbstständig und / oder selbstständig erwerbstätig?  
 ja .....  nein  
Staat(en)
- Hatten Sie Ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein?  
 ja .....  nein  
Staat(en)
- Haben Sie Versicherungszeiten im Ausland erworben, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein (zB durch Übertragung, freiwillige Versicherung, Teilung)?  
 ja .....  nein  
Staat(en)
- Haben Sie die Vormerkung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?  
 ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

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**

- Beantragen Sie Pflegegeld, da Sie ständig der Betreuung und Pflege bedürfen?  ja  nein
- Beziehen Sie bereits Pflegegeld?  ja  nein
- Wenn ja, beantragen Sie eine Erhöhung des Pflegegeldes?  ja  nein
- Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (zB 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 Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension ausfüllen:

- Endet Ihr Krankengeldanspruch wegen Ablauf der Höchstdauer innerhalb der nächsten 6 Wochen?  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- / Berufsunfähigkeitspension gilt **VORRANGIG** als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation inklusive Rehabilitationsgeld.

### 14. ANWEISUNG

Die Anweisung auf ein Konto

- wird gewünscht

Die Überweisung der Pension auf ein Girokonto ist – auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto – erst nach Einsendung des vom Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse etc.) ausgefertigten „**Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung**“ 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 sind binnen **sieben Tagen** zu melden.

**Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.**

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Pensionsantrag angeschlossen:

Bestätigung der aufnehmenden Stelle:

.....  
Ort / Datum

.....  
Siegel und Unterschrift







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 nachgereicht
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 <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 am .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein am .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein am .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein am .....
Pflegekind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit .....
Bezogen Sie Pflegekindergeld / Pflegeelterngeld?	<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> in den ersten 4 bzw. 5 (bei Mehrlingsgeburten) Lebensjahren tatsächlich und überwiegend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit vom ..... bis ..... vom ..... bis .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit vom ..... bis ..... vom ..... bis .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit vom ..... bis ..... vom ..... bis .....	<input type="checkbox"/> ja <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:  Familienname  Vorname  VSNR	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Bezog 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



Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

Datum	Unterschrift der antragstellenden Person	Unterschrift des zweiten Elternteiles
-------	--	---------------------------------------