

ANTRAG auf ANGEHÖRIGENBONUS für pflegende Angehörige

Genauere Erläuterungen finden Sie auf beiliegendem Informationsblatt

Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen

1	ANTRAGSTELLENDEN PERSON		Versicherungsnummer	
Familiennamen				
Vorname		Titel		
Frühere Namen		Geburtsdatum		
Geschlecht		Staatsbürgerschaft		
Personenstand		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in (ehemaliger) eingetragener Partnerschaft		
Wohnadresse		Straße / Gasse / Platz		Hausnr./ Stiege/ Tür
		Postleitzahl	Ort	Land
Telefonnummer (mit Vorwahl)				
E-Mail				

2	ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE VERTRETENDE PERSON			
Ich bin	<input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung betraut (Obsorge, Vorsorgebevollmächtigung, gewählte, gesetzliche oder gerichtliche Erwachsenenvertretung, Kuratorium)		<input type="checkbox"/> bevollmächtigt	
	Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht			
Familiennamen				
Vorname		Titel		
Wohnadresse		Straße / Gasse / Platz		Hausnr./ Stiege/ Tür
		Postleitzahl	Ort	Land
Telefonnummer (mit Vorwahl)				
E-Mail				

3	ZU PFLEGENDE PERSON		Versicherungsnummer	
Familiename				
Vorname		Titel		
Frühere Namen		Geburtsdatum		
Geschlecht		Staatsbürgerschaft		
Wohnadresse		Straße / Gasse / Platz		Hausnr./ Stiege/ Tür
		Postleitzahl	Ort	Land
Die zu pflegende Person ist mein(e)				
(zB Kind, Ehepartner, Ehepartnerin, eingetragener Partner, eingetragene Partnerin, Vater, Mutter, Bruder, Schwester, Lebensgefährte, Lebensgefährtin)				
Bezieht die zu pflegende Person Pflegegeld der Stufe 4 oder höher?				
<input type="checkbox"/> ja auszahlende Stelle:				
<input type="checkbox"/> nein				
Wenn nein, Antrag auf Zuerkennung / Erhöhung des Pflegegeldes wurde gestellt?				
<input type="checkbox"/> ja, bei welcher Stelle:				
<input type="checkbox"/> nein				

4	ANGABEN ÜBER DIE PFLEGESITUATION			
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				
Pflegen Sie die zu pflegende Person seit mindestens einem Jahr alleine oder überwiegend?				
<input type="checkbox"/> ja, ich pflege seit mindestens einem Jahr alleine oder überwiegend				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ich pflege allein oder überwiegend erst seit				
<input type="checkbox"/> ich pflege nicht allein oder überwiegend				

5 ANGABEN ÜBER IHR EINKOMMEN im vorangegangenen Kalenderjahr	
Hatten Sie im vorangegangenen Kalenderjahr Einkünfte? <input type="checkbox"/> ja bitte die folgenden Punkte ausfüllen <input type="checkbox"/> nein weiter bei Punkt 6	
Art der Einkünfte	Weitere Angaben
Österreichische Pension / Rente oder Ruhe- / Versorgungsbezug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> aus der Pensions- bzw. Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Ruhe- / Versorgungsbezug Auszahlende Stelle:
Pension / Rente oder Ruhe- / Versorgungsbezug von einem ausländischen Versicherungs- bzw. Versorgungsträger (bitte Nachweise beilegen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	Auszahlende Stelle: Aktenzeichen: mtl. netto EUR Anzahl der Bezüge pro Jahr:
Unselbständige Erwerbstätigkeit (bei ausländischer Erwerbstätigkeit bitte Nachweise beilegen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 1. Dienstgeber (Name und Adresse) Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	Zeitraum der 1. Erwerbstätigkeit: von bis Lohn/Gehalt <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich netto EUR
2. Dienstgeber (Name und Adresse) Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	Zeitraum der 2. Erwerbstätigkeit: von bis Lohn/Gehalt <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich netto EUR

<p>Selbständige Erwerbstätigkeit als Gewerbetreibender oder Neuer Selbständiger (bei ausländischer Erwerbstätigkeit bitte Einkommensteuerbescheid bzw. die letzte Einkommensteuererklärung oder sonstige Nachweise beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	<p>Art / Funktion:</p> <p>.....</p> <p>Standort:</p> <p>.....</p> <p>Zeitraum von bis</p> <p>(geschätzte) Einkünfte im vorangegangenen Kalenderjahr mtl. netto EUR</p>
<p>Selbständige Erwerbstätigkeit in der Land(Forst)wirtschaft (bei ausländischer Erwerbstätigkeit bitte Einheitswertbescheid[e], Verträge oder sonstige Nachweise beilegen)</p> <p>bewirtschafteter Grund: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	<p>Anschrift des Betriebes: </p> <p>.....</p> <p>Zeitraum von bis</p> <p>Einheitswert der bewirtschafteten Fläche: </p>
<p>Bezüge aufgrund einer politischen Funktion nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen (bitte Grundlage oder Bestätigung beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	<p>Auszahlende Stelle: </p> <p>.....</p> <p>Zeitraum von bis</p> <p>mtl. netto EUR</p>
<p>Sonstige Leistungen (bei ausländischen Leistungen bitte Nachweise beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> Krankengeld, Rehabilitationsgeld</p> <p><input type="checkbox"/> Übergangsgeld</p> <p><input type="checkbox"/> Wochengeld</p> <p><input type="checkbox"/> Tag- oder Familiengeld</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld, Umschulungsgeld, Weiterbildungsgeld</p> <p><input type="checkbox"/> Notstandshilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Sonderunterstützung</p> <p><input type="checkbox"/> Pensionsvorschuss</p> <p><input type="checkbox"/> Administrativpension bzw. Überbrückungszahlung</p> <p><input type="checkbox"/> Wiedereingliederungsgeld</p> <p><input type="checkbox"/> Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit</p> <p>Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	<p>1. Auszahlende Stelle: </p> <p>.....</p> <p>Zeitraum von bis</p> <p>tgl. netto EUR</p> <p>mtl. netto EUR</p> <p>2. Auszahlende Stelle: </p> <p>.....</p> <p>Zeitraum von bis</p> <p>tgl. netto EUR</p> <p>mtl. netto EUR</p>

<p>Sonstige bisher nicht angeführte Einkünfte (bitte Nachweise beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	<p>Art der Einkünfte:</p> <p>.....</p> <p>Auszahlende Stelle:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Zeitraum von bis</p> <p>mtl. netto EUR</p>
---	--

6 ERGÄNZENDE ANGABEN

Derzeit sind die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Angehörigenbonus nicht erfüllt. Sind Sie mit der Verschiebung des Antragsdatums einverstanden, wenn dadurch eine Ablehnung vermieden werden kann?

ja nein

7 ANWEISUNG

Leistungsbezug mit Anweisung auf ein Konto:

Wenn Sie bereits eine Leistung von uns beziehen, die auf ein Konto angewiesen wird, erhalten Sie auch den Angehörigenbonus auf dieses Konto.

Leistungsbezug mit Barzahlung oder KEIN Leistungsbezug:

In diesen Fällen weisen wir den Angehörigenbonus auf das bei Finanz-Online gespeicherte Konto an. (Bitte kontrollieren Sie das bei Finanz-Online gespeicherte Konto.)

Ist bei Finanz-Online kein Konto gespeichert, teilen Sie uns bitte mit, auf welches Konto die Leistung überwiesen werden soll:

auf folgendes Konto:

Geldinstitut:

Kontoinhaber:

IBAN (Internationale Bank-Kontonummer):

BIC (Bank Identifikations Code):

nein, Barzahlung wird ausdrücklich beantragt

8 ERKLÄRUNG

- Ich habe das Informationsblatt gelesen und zur Kenntnis genommen.
- 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 für die Bearbeitung meines Antrags bei den zuständigen Behörden, bei den Trägern der Sozialversicherung, bei Gerichten oder bei sonstigen in Betracht kommenden Stellen einholt.

Datum**Unterschrift**

Folgende Unterlagen liegen bei:

.....

.....

.....

.....