



**ANTRAG auf PFLEGEgeld** nach dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG)

☐ **ZUERKENNUNG** / ☐ **ERHÖHUNG**

☐ **WEITERGEWÄHRUNG** nach BEFRISTUNG

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen, Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

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

<b>1</b>	<b>PERSÖNLICHE ANGABEN</b>		Versicherungsnummer	
Familienname				
Vorname		Titel		
Frühere Namen		Geburtsdatum		
Geschlecht				
Staatsbürgerschaft		<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> andere: ..... (Bitte geben Sie den Staat an und legen Sie einen Nachweis über die Aufenthaltsberechtigung bei.)		
Personenstand seit .....		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> ehemalige eingetragene Partnerschaft		
Ständiger Aufenthaltort		Straße / Gasse / Platz		
		Hausnr. / Stiege / Tür		
		Postleitzahl	Ort	
		Land		
Vorübergehender Aufenthaltort		z.B. Heim, Krankenhaus, bei Familienangehörigen; Bitte geben Sie die genaue Adresse bekannt.		
Telefonnummer (mit Vorwahl)		E-Mail		

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



<b>3</b>	<b>Angaben zu Ihrem GESUNDHEITZUSTAND</b> Bitte legen Sie vorhandene Befunde von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin oder Krankenhaus in Kopie bei.	
<b>Krankheiten bzw. gesundheitliche Beeinträchtigungen:</b> ..... .....		
<i>Neuerlicher Antrag innerhalb eines Jahres nach der letzten Entscheidung: Aktuelle medizinische Unterlagen (z.B. ärztliches Attest, Krankenhausbefunde) sind vorzulegen. Aus den Unterlagen muss hervorgehen, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert hat oder eine neue Krankheit / Beeinträchtigung vorliegt.</i>		
<b>Gründe Ihrer Pflegebedürftigkeit:</b> körperliche Einschränkung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      geistige Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Rollstuhlfahrer*in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      Gedächtnisstörung / Demenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sehbehinderung / Blindheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      psychische Erkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: ..... .....		
<b>Sollen weitere Personen vom Termin eines Hausbesuches zur Feststellung des Pflegebedarfs informiert werden?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ..... ..... (Familienname(n) und Vornamen(n), Adresse, Telefonnummer, E-Mail)		
<b>4</b>	<b>Erfolgt die notwendige BETREUUNG UND HILFE von einer anderen Person / Stelle?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben	
<input type="checkbox"/> <b>Pflegeperson(en)</b> Name(n) und Adresse(n) ..... ..... .....	Familienhospizkarenz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von ..... bis ..... Pflegekarenz oder Pflegezeitzeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von ..... bis ..... Besteht eine 24-Stunden-Betreuung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> <b>mobile Dienste</b> z.B. mobile Hilfe und Betreuung, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern	Dienste, Kostenträger	
<input type="checkbox"/> <b>ambulante / teilstationäre Dienste</b> z.B. Behinderteneinrichtung, Tagesheimstätte, Tagespflege, Kindergarten, Hort	Einrichtung sowie Adresse, Kostenträger	
<input type="checkbox"/> <b>dauernde Unterbringung in stationärer Einrichtung</b> z.B. Altenheim, Pflegeheim, Erziehungsheim, Krankenanstalt <input type="checkbox"/> <b>betreutes Wohnen</b>	Einrichtung sowie Adresse, Kostenträger	



5	<p><b>Waren Sie innerhalb der letzten Monate vor der Antragstellung in einer INLÄNDISCHEN oder AUSLÄNDISCHEN KRANKENANSTALT?</b></p> <p>z.B. Krankenhaus, Rehabilitationszentrum, Kur- oder Pflegeeinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben</p>
<p>Aufenthaltsdauer ..... Krankenanstalt / Einrichtung .....</p> <p>von ..... bis ..... in .....</p> <p>von ..... bis ..... in .....</p>	
6	<p><b>Sind Sie durch einen UNFALL pflegebedürftig geworden?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben</p>
<p>Datum des Unfalls: .....</p> <p>Wie ist der Unfall passiert? Bitte kurze Schilderung in Stichworten.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>War eine andere Person am Unfall schuld? <input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p> <p>War der Unfall ein Arbeitsunfall? <input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wurde eine Unfallanzeige erstattet? <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="margin-left: 350px;"><input type="checkbox"/> ja, bei der Stelle .....</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">z.B. Arbeitsinspektorat, AUVA, Polizei</p>	
7	<p><b>Haben Sie Anspruch auf eine dem Pflegegeld ÄHNLICHE INLÄNDISCHE oder AUSLÄNDISCHE LEISTUNG?</b> z.B. Pflegezulage, Blindenzulage, Pflegesachleistungen</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben</p> <p><b>Wenn nein, haben Sie eine solche Leistung beantragt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben</p>
<p>Art der Leistung: ..... seit: .....</p> <p>Auszahlende Stelle und Aktenzeichen: .....</p> <p>.....</p>	
<p>Bekommen Sie aus einem EU / EWR Staat oder der Schweiz eine <b>Pflegesachleistung</b>?</p> <p>z.B. Hilfe bei der Haushaltsführung, Hilfe bei der Körperpflege</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, .....</p> <p style="text-align: center;">(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)</p>	
8	<p><b>Haben Sie Anspruch auf INLÄNDISCHE oder AUSLÄNDISCHE PENSIONSLEISTUNGEN?</b></p> <p>z.B. Pension, Rente, Ruhe- oder Versorgungsgenuss, ähnliche Leistung</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben</p> <p><b>Wenn nein, haben Sie eine solche Leistung beantragt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben</p>
<p>Art der Leistung: ..... seit: .....</p> <p>Auszahlende Stelle und Aktenzeichen: .....</p> <p>.....</p>	



<b>9</b>	<b>Wünschen Sie eine KOSTENLOSE PFLEGEBERATUNG zu Hause durch eine diplomierte Pflegefachkraft?</b> Sie erhalten dabei auch Informationen über das regionale Unterstützungsangebot.				
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Sozialversicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer) an das Kompetenzzentrum zur Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege für die kostenlose Pflegeberatung weitergeleitet werden. <b>Bei Antragstellung durch ein Familienmitglied oder eine dem Haushalt angehörende Person:</b> <input type="checkbox"/> Ja, ich habe bei der pflegebedürftigen Person die Zustimmung eingeholt, dass ihre personenbezogenen Daten (Name, Sozialversicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer) an das Kompetenzzentrum zur Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege für die kostenlose Pflegeberatung weitergeleitet werden dürfen.					
<b>10</b>	<b>ANWEISUNG des Pflegegeldes</b> <b>Leistungsbezug mit Anweisung auf ein Konto:</b> Wenn Sie bereits eine Pension, eine Vollrente aus der Unfallversicherung oder einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss beziehen, welche(r) auf ein Konto angewiesen wird, erhalten Sie auch das Pflegegeld auf dieses Konto. <b>Leistungsbezug mit Barzahlung:</b> Wenn Sie bereits eine Leistung von uns beziehen, die bar ausgezahlt wird, erhalten Sie auch das Pflegegeld bar ausgezahlt. Wenn Sie möchten, dass wir Ihre Leistung und das Pflegegeld auf ein Konto anweisen, wenden Sie sich bitte an ein Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse etc.). Lassen Sie bitte den „Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung“ beim Geldinstitut ausstellen und senden diesen an uns. <b>KEIN Leistungsbezug:</b> <input type="checkbox"/> Anweisung auf ein Konto wird gewünscht. Wenn Sie möchten, dass wir das Pflegegeld auf ein Konto anweisen, wenden Sie sich bitte an ein Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse etc.). Lassen Sie bitte den „Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung“ beim Geldinstitut ausstellen und senden diesen an uns. <input type="checkbox"/> Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.				
<b>11</b>	<b>ERKLÄRUNG</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet.</li> <li>• Ich habe die beiliegenden Meldepflichten als Bestandteil dieses Fragebogens gelesen und verstanden.</li> <li>• Ich verpflichte mich, dem Pflegegeld ähnliche ausländische Leistungen geltend zu machen. Wenn und solange ich ausländische Leistungen nicht geltend mache, kann das Pflegegeld abgelehnt, gemindert oder entzogen werden.</li> <li>• Ich weiß, dass <b>unvollständige und falsche Angaben</b> sowie eine <b>Verletzung der Meldepflichten zivil- und strafrechtliche Folgen</b> haben können.</li> <li>• Ich weiß, dass ich Leistungen zurückzahlen muss, die wegen unrichtiger oder unvollständiger oder verspäteter Angaben erbracht werden.</li> </ul>				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Datum</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Unterschrift</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>		Datum	Unterschrift		
Datum	Unterschrift				
Folgende Unterlagen liegen bei: ..... .....					





## MELDEPFLICHTEN

### Was ist die Meldepflicht?

Wenn Sie einen **Antrag** auf eine Leistung **stellen** oder eine **Leistung beziehen**, sind Sie gesetzlich verpflichtet, uns jede Änderung innerhalb der Meldefrist zu melden.

Die Meldepflicht gilt bereits ab dem Tag, an dem Sie einen Antrag auf eine Leistung stellen.

Die Meldepflicht gilt auch für Ihre gesetzliche und gerichtliche Vertretung.

### Welche Änderungen sind zu melden?

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen Überblick, welche Änderungen Sie uns rasch und ohne Aufforderung melden müssen.

Das sind Änderungen, die Ihre Bezugsberechtigung oder die Höhe der Leistung betreffen.

Bei Bezug von

- |  |                    |
|--|--------------------|
| – Ausgleichszulage                       | – Übergangsgeld    |
| – Ausgleichszulagenbonus / Pensionsbonus | – Angehörigenbonus |
| – Kinderzuschuss                         |                    |

müssen Sie uns auch alle Änderungen melden, die Ihre **Angehörigen** betreffen.

### Folgen bei Verletzung der Meldepflicht:

Haben Sie Leistungen

- aufgrund bewusst falscher Angaben,
- durch bewusstes Verschweigen wesentlicher Tatsachen oder
- durch Verletzung der Meldepflicht

zu Unrecht bezogen, müssen Sie diese Leistungen zurückzahlen.

Sie müssen auch Leistungen zurückzahlen, von denen Sie erkennen mussten, dass sie Ihnen nicht zustehen oder nicht in dieser Höhe zustehen (z.B. eine erkennbar zu hohe Auszahlung).

**Unvollständige und falsche Angaben** sowie die **Verletzung der Meldepflicht** können rechtliche Folgen haben.

### SIE MÜSSEN IMMER MELDEN:

#### Meldefrist: 2 Wochen

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Änderung des Namens</li><li>• Änderung des Wohnsitzes</li><li>• Änderung des Personenstandes (z.B. Heirat, eingetragene Partnerschaft, Scheidung)</li><li>• Geburt eines Kindes</li><li>• Antragstellung / Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall jeder weiteren inländischen oder ausländischen Pension oder Rente</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Änderungen beim inländischen oder ausländischen Krankenversicherungsschutz</li><li>• Verbüßung einer Freiheitsstrafe, einer Untersuchungshaft oder die Unterbringung in einem forensisch-therapeutischen Zentrum, in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher oder gefährliche Rückfallstäter</li></ul> |
|---|--|

#### Meldefrist: 7 Tage

#### Beginn / Unterbrechung / Ende von TÄTIGKEITEN und Anfall / Höhe / Änderung von EINKÜNFTE

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Unselbständige oder selbständige Tätigkeit</li><li>• Gewerbeberechtigung</li><li>• Berufsbefugnis</li><li>• Beteiligung an<ul style="list-style-type: none"><li>→ Personengesellschaften (OG, KG)</li><li>→ Gesellschaften nach bürgerlichem Recht</li></ul></li><li>• Beteiligung als GmbH-Geschäftsführer*in am Stammkapital</li><li>• Bestellung als GmbH-Gesellschafter*in zum* Geschäftsführer*in oder Prokurist*in</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Beteiligung als stille*r Gesellschafter*in</li><li>• Land- / Forstwirtschaft</li><li>• öffentliches Mandat / politische Funktion (z.B. als Bürgermeister*in, Gemeinderat*in, Gemeinderätin, Funktionär*in der Wirtschaftskammer)</li><li>• Krankengeldanspruch</li><li>• Ersatzleistung für Urlaubsentgelt (Urlaubsabfindung, Urlaubsschädigung)</li><li>• Kündigungsentschädigung</li></ul> |
|--|--|



## **SIE MÜSSEN ZUSÄTZLICH MELDEN, WENN SIE FOLGENDE LEISTUNGEN BEANTRAGEN ODER BEZIEHEN:**

### **Ausgleichszulage, Ausgleichszulagenbonus / Pensionsbonus - *Meldefrist: 2 Wochen*** **Sie müssen auch alle Informationen für Ihre Angehörigen melden!**

- Änderung in den Familienverhältnissen
- Änderung in den Wohnverhältnissen
- Aufgabe des gemeinsamen Haushaltes mit dem\*r Ehepartner\*in oder eingetragenen Partner\*in
- jede Änderung der Aufenthaltsberechtigung
- Verlegung des Aufenthaltes ins Ausland (auch vorübergehende Aufenthalte)
- jeden Auslandsaufenthalt, auch bevorstehende Auslandsreisen
- Tod des\*r Ehepartners\*in, des\*r eingetragenen Partners\*in, des Kindes
- Erhalt von Zinsen aus z.B. Sparguthaben, Wertpapieren
- Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall von
  - allen Einkünften
  - Einkünften jener Personen, die Ihnen Unterhalt zahlen oder zahlen müssten
  - einem Wohnrecht, freier Verpflegung und von Ansprüchen auf Ausgedinge, Fruchtgenuss und Naturalleistungen
  - Einkünften aus der Insolvenz-Entgeltsicherung (Kündigungsentschädigung, Ausfallgeld)
  - Einheitswerten der land- und forstwirtschaftlichen Flächen
  - sonstigen Einkünften aus Vermietung, Verpachtung oder Überlassung von Wohnungen, Wirtschaftsgebäuden, Häusern oder von Grundstücken

### **Pflegegeld - *Meldefrist: 4 Wochen***

- Aufenthalte in einer Krankenanstalt, einer Kuranstalt oder einem Rehabilitationszentrum auf Kosten eines inländischen oder ausländischen Sozialhilfeträgers, des Bundes oder einer Krankenfürsorgeanstalt
- jede Änderung der Aufenthaltsberechtigung
- Verlegung des Aufenthaltes ins Ausland (auch vorübergehende Aufenthalte)
- jeden Auslandsaufenthalt, auch bevorstehende Auslandsreisen
- Aufnahme in ein Pflegeheim
- Wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes
- Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall einer
  - dem Pflegegeld ähnlichen inländischen oder ausländischen Leistung (z.B. Pflegezulage, Blindenzulage, ausländische Geldleistung oder Pflegesachleistung)
  - inländischen oder ausländischen Pension, Rente, eines Ruhegenusses oder Versorgungsgenusses

### **Witwenpension\*Witwerpension, Pension für hinterbliebene eingetragene Partner\*innen - *Meldefrist: 2 Wochen***

- Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall
  - einer Geldleistung aus der gesetzlichen Sozialversicherung (z.B. Unfallrente)
  - einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung
  - einer Beihilfe aus der Arbeitsmarktförderung
  - eines inländischen oder ausländischen Ruhegenusses oder Versorgungsgenusses oder einer ähnlichen Leistung aufgrund einer vertraglichen Pensionszusage eines\*r Dienstgebers\*in

### **Waisenpension oder Kinderzuschuss - *Meldefrist: 2 Wochen***

- Änderung des Personenstandes des Kindes (z.B. Heirat, eingetragene Partnerschaft, Scheidung)
- Tod des Kindes
- bei Weiterzahlung über das 18. Lebensjahr:
  - Anfall / Wegfall eines Anspruches auf (erhöhte) Familienbeihilfe
  - Ende oder Unterbrechung der Schulausbildung, Berufsausbildung oder des Studiums
  - Ableistung des Präsenzdienstes oder Zivildienstes
  - Aufnahme und Wegfall einer Erwerbstätigkeit
  - Bezug einer Leistung aus der Arbeitslosenversicherung oder einer Beihilfe aus der Arbeitsmarktförderung
  - Ende einer freiwilligen Tätigkeit
  - Wegfall der Erwerbsunfähigkeit



### **Korridorpension / Schwerarbeitspension / Langzeitversichertenpension als TEILPENSION - Meldefrist: 2 Wochen**

- jede Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit
  - Überschreitung der maximal zulässigen Wochenstunden der unselbständigen Erwerbstätigkeit
- INFO: Die für Sie geltenden maximal zulässigen Wochenstunden finden Sie in Ihrem Zuerkennungsbescheid unter „Hinweise“.

### **Heimopferrente - Meldefrist: 4 Wochen**

- Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall eines Ersatzes an Verdienstentgang und der einkommensabhängigen Zusatzleistung nach dem Verbrechensofergesetz

### **Angehörigenbonus - Meldefrist: 4 Wochen**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall des Einkommens des*r pflegenden Angehörigen</li> <li>• Beginn / Ende einer Selbst- oder Weiterversicherung für Zeiten der Pflege naher Angehöriger</li> <li>• Ende der Pflege in häuslicher Umgebung; Aufnahme der zu pflegenden Person in ein Pflegeheim</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ende der überwiegenden Pflege, d.h. Ende der Erbringung des größten Teils der Pflegeleistungen aus dem Kreis der nahen Angehörigen</li> <li>• Verminderung der Pflegegeldstufe oder Entziehung des Pflegegeldes der zu pflegenden Person</li> <li>• Tod der zu pflegenden Person</li> </ul> |
|--|--|

### **Übergangsgeld - Meldefrist: 2 Wochen**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Änderung in den Familienverhältnissen</li> <li>• Änderung in den Wohnverhältnissen</li> <li>• Aufgabe des gemeinsamen Haushaltes mit Angehörigen, die bei der Höhe des Übergangsgeldes berücksichtigt wurden</li> <li>• Antrag / Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall einer wiederkehrenden Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe) und einer Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• jeden Umstand, der den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen beeinträchtigen kann (z.B. Nichtmitwirkung an aufgetragenen Rehabilitationsmaßnahmen)</li> <li>• bei Vorliegen von Kindern über dem 18. Lebensjahr             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Unterbrechung / Ende der Schul- oder Berufsausbildung</li> <li>→ Aufnahme einer Tätigkeit</li> <li>→ jede Änderung des Einkommens</li> </ul> </li> </ul> |
|--|--|



## UNSERE ADRESSEN

Sie können uns erreichen:

- telefonisch unter der Telefonnummer +43 (0)5 03 03
- per Post
- per Mail
- per Telefax
- persönlich nach telefonischer Terminvereinbarung

### Landesstelle Wien

Friedrich-Hillegast-Straße 1, 1020 Wien  
 E-Mail: pva-lsw@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-28 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-27 170  
 Kundenzone: Ghegastraße 1, 1030 Wien

### Landesstelle Niederösterreich

Kremser Landstraße 5, 3100 St. Pölten  
 E-Mail: pva-lsn@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-32 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-32 170

### Landesstelle Burgenland

Ödenburger Straße 8, 7000 Eisenstadt  
 E-Mail: pva-lsb@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-33 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-33 170

### Landesstelle Oberösterreich

Terminal Tower, Bahnhofplatz 8, 4020 Linz  
 E-Mail: pva-lso@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-36 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-36 170

### Landesstelle Steiermark

Eggenberger Straße 3, 8020 Graz  
 E-Mail: pva-lsg@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-34 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-34 170

### Landesstelle Kärnten

Südbahngürtel 10, 9020 Klagenfurt am Wörthersee  
 E-Mail: pva-lsk@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-35 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-35 170

### Landesstelle Salzburg

Schallmooser Hauptstraße 11, 5020 Salzburg  
 E-Mail: pva-lss@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-37 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-37 170

### Landesstelle Tirol

Ing.-Etzel-Straße 13, 6020 Innsbruck  
 E-Mail: pva-lst@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-38 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-38 170

### Landesstelle Vorarlberg

Zollgasse 6, 6850 Dornbirn  
 E-Mail: pva-lsv@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-39 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-39 170

**Wollen Sie auf Ihre Post von uns und anderen Behörden von überall zugreifen und gleichzeitig die Umwelt schonen?** Nutzen Sie hierfür das elektronische Postfach. Nähere Informationen zur **elektronischen Zustellung** finden Sie auf unserer Website unter **[www.pv.at/e-Zustellung](http://www.pv.at/e-Zustellung)**.

Die **Meldepflichten** in anderen Sprachen und weitere **ausführliche Informationen** zu unterschiedlichen Themenbereichen (z.B. Pensionszahlungsbeleg, Angehörigenbonus) finden Sie in den Broschüren und Infoblättern auf unserer Website unter **[www.pv.at](http://www.pv.at)**.

QR-Code zu den Meldepflichten in anderen Sprachen:

