

2. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON

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

3. VERSICHERUNGSBEGINN UND ZAHLUNGSART

Ich beantrage die Weiter(Selbst)versicherung ab (frühestens ein Jahr vor der
Antragstellung) bzw. von bis

Die Beiträge möchte ich fortlaufend nur für jeden zweiten für jeden Monat entrichten.

Ich wähle die Zahlungsart Einziehungsauftrag Zahlschein

4. FRAGEN ZUR WEITER(SELBST)VERSICHERUNG (Nachweise sind beizulegen)

4.1 Sind Sie erwerbstätig? ja nein

unselbstständig
Dienstgeber (Name und Anschrift)

selbstständig als
Name und Standort der Firma (der Kanzlei, Praxis etc.)

4.2 Stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis? ja nein

4.3 Stehen Sie in einem unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft bzw. zu einem Betrieb, einer Anstalt, einer Stiftung oder einem Fonds einer solchen Körperschaft mit Anspruch auf Ruhe- bzw. Versorgungsgenuss? ja nein

4.4 Stehen Sie im Bezug einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung oder haben Sie eine solche beantragt? ja nein

Zuständiges Arbeitsmarktservice:

4.5 Beziehen Sie Krankengeld? ja nein

4.6 Beziehen Sie eine monatliche Leistung nach dem Sozialhilfegesetz? ja nein

Von welcher Stelle: Aktenzeichen:



- 4.7 Haben Sie sonstige Einkünfte? ja nein
Art der Einkünfte (zB aus geringfügiger Beschäftigung, Vermietung, Verpachtung etc.)
.....
- 4.8 Haben Sie einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine Leistung aus der gesetzlichen Pensionsversicherung (auch im Ausland) oder haben Sie eine solche beantragt? ja nein
Versicherungsträger: Aktenzeichen:
- 4.9 Beziehen Sie einen Ruhe- bzw. Versorgungsgenuss? ja nein
Auszahlende Stelle:
- 4.10 Beziehen Sie eine Geldleistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung? ja nein
- 4.11 Haben Sie im Rahmen einer Pflegekarenz Pflegekarenzgeld bezogen?
 ja, von bis nein

5. ANTRAG AUF HERABSETZUNG DER BEITRAGSGRUNDLAGE

Ich beantrage die Herabsetzung der Beitragsgrundlage ja nein

auf monatlich EUR

Die Bewilligung der Herabsetzung der Beitragsgrundlage ist an gesetzliche Voraussetzungen gebunden und von den Einkommensverhältnissen (eigenen und des Ehepartners / der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners / der eingetragenen Partnerin) abhängig.

Sie werden daher um Einsendung Ihrer Einkommensnachweise und Beantwortung folgender Fragen ersucht:

- 5.1 Bezieht Ihr Ehepartner / Ihre Ehepartnerin / Ihr eingetragener Partner / Ihre eingetragene Partnerin eigene Einkünfte / Pension? ja nein

Wenn ja, bitte Nachweise beilegen.

- 5.2 Sind Sie oder Ihr Ehepartner / Ihre Ehepartnerin / Ihr eingetragener Partner / Ihre eingetragene Partnerin einem oder mehreren Kindern gegenüber unterhaltspflichtig? ja nein

Wenn ja, bitte Geburtsurkunde(n) vorlegen. Sollte sich Ihr Kind über das 18. Lebensjahr hinaus in Ausbildung befinden, ersuchen wir um diesbezügliche Nachweise (zB Schulbesuchsbestätigung etc.).

- 5.3 Sind Sie oder Ihr Ehepartner / Ihre Ehepartnerin / Ihr eingetragener Partner / Ihre eingetragene Partnerin anderen Personen gegenüber unterhaltspflichtig? ja nein

Wenn ja, bitte um Bekanntgabe der Höhe der Unterhaltszahlung und um Vorlage von Nachweisen für die Zahlungsverpflichtung (zB gerichtliches Urteil, Vergleich, vertragliche Verpflichtung oder Zahlungsabschnitt).



5.4 Erhalten Sie Unterhalt?

ja

nein

Wenn ja, bitte um Bekanntgabe der Höhe des Unterhalts und um Vorlage von Nachweisen über den Unterhalt (zB gerichtliches Urteil, Vergleich, vertragliche Verpflichtung oder Zahlungsabschnitt).

Ist der geschiedene Ehepartner / die geschiedene Ehepartnerin / der Partner bzw. die Partnerin nach aufgelöster eingetragener Partnerschaft Ihnen gegenüber **nicht** unterhaltspflichtig, bitten wir um Vorlage diesbezüglicher Nachweise (zB Scheidungsurteil, gerichtliche Auflösungsentscheidung, Vergleichsausfertigung oder Gerichtsbeschluss).

Sollten diese Nachweise nicht erbracht werden können, bitten wir, uns auch dies bekannt zu geben.

EINKOMMENSNACHWEISE

Bei selbstständiger oder ähnlicher Tätigkeit den letzten Einkommenssteuerbescheid, bei unselbstständiger Erwerbstätigkeit eine Gehalts- oder Lohnbestätigung über ein Monat, aufgegliedert nach Zulagen und Abzügen, bei Pensions- oder Rentenanspruch bzw. Ruhe- oder Versorgungsgenuss den Auszahlungsnachweis vorlegen bzw. Nachweise über sonstige Einkünfte.

Sollte keiner dieser Nachweise erbracht werden können, benötigen wir eine wahrheitsgemäße Erklärung über Ihr derzeitiges Einkommen bzw. das Ihres Ehepartners / Ihrer Ehepartnerin / Ihres eingetragenen Partners / Ihrer eingetragenen Partnerin.

Wir weisen darauf hin, dass eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage Auswirkungen auf Ihr Pensionskonto hat und zu einer niedrigeren Pensionsleistung führen kann!

6. ANGABEN ZUR BEGÜNSTIGTEN WEITER(SELBST)VERSICHERUNG FÜR PFLEGEPERSONEN

6.1 Pflegen Sie einen nahen Angehörigen / eine nahe Angehörige mit Anspruch auf Pflegegeld in der Stufe 3, 4, 5, 6 oder 7?

ja

nein

Haben Sie Ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben, um einen nahen Angehörigen / eine nahe Angehörige zu pflegen?

ja

nein

Inwieweit wird Ihre Arbeitskraft durch die Pflege beansprucht?

gänzlich

erheblich

Familienname und Vorname des zu pflegenden Angehörigen / der zu pflegenden Angehörigen:

.....

Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum:

wohnhaft in:

Wenn die Pflege nicht unter der vorstehenden Adresse erfolgt, geben Sie bitte die Pflegeadresse an:

.....

Angehörigeneigenschaft:

(zB Kind, Ehepartner, Ehepartnerin, eingetragener Partner, eingetragene Partnerin, Mutter, Bruder, Lebensgefährte, Lebensgefährtin)

Hinweis: Die begünstigte Weiter(Selbst)versicherung ist nicht nur für die Pflege des eigenen Angehörigen / der eigenen Angehörigen, sondern auch für die eines Lebensgefährten / einer Lebensgefährtin, sowie mit diesen verschwägerten Personen möglich.
(hierfür ist eine Meldebestätigung über die Hausgemeinschaft erforderlich)



6.2 Hat der Angehörige / die Angehörige Anspruch auf Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz bzw. Landespflegegeldgesetz? ja nein

Seit in der Stufe 1 2 3 4 5 6 7

Auszahlende Stelle: Aktenzeichen:

Bitte Nachweise beilegen.

6.3 Seit wann wird der Angehörige / die Angehörige von Ihnen gepflegt?

Wird der Angehörige / die Angehörige auch von einer anderen Person gepflegt, die einen Antrag auf begünstigte Weiter(Selbst)versicherung eingebracht hat bzw. bereits begünstigt weiter(selbst)versichert ist? ja nein

6.4 Wurde eine Vereinbarung über eine 24-Stunden-Pflege getroffen? ja nein
(wenn ja, bitte Vertrag in Kopie übermitteln)

Wird ein öffentlicher Zuschuss zur 24-Stunden-Pflege geleistet?

ja, von nein

im Ausmaß von

Bitte Nachweise beilegen.

Sollten Sie neben der Pflegefachkraft selbst zusätzliche Pflegeleistungen erbringen, wird ersucht eine entsprechenden Aufstellung diesem Formblatt beizulegen. (Die Aufstellung soll den zeitlichen Ablauf pro Tag enthalten).

Befand sich die zu pflegende Person im letzten Jahr in Krankenhauspflege?

ja, von bis nein

7. STEUERLICHE BERÜCKSICHTIGUNG

Sind Sie mit der elektronischen Übermittlung der Zahlungsbestätigung an das zuständige Finanzamt, zwecks Berücksichtigung im Rahmen der automatischen Arbeitnehmersveranlagung (AANV), einverstanden?

ja nein

Sollten Sie nicht einverstanden sein, weisen wir darauf hin, dass seitens des Finanzamtes keine automatische Berücksichtigung Ihrer Zahlungen erfolgen kann.



8. VERSICHERUNGSVERLAUF

Wurden die 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 Kranken- / Wochengeldes oder Kinderbetreuungsgeldes
- der Kindererziehung
- einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)
- des Präsenz- / Zivil- oder Ausbildungsdienstes
- des Schulbesuches bzw. des Studiums

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

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

Ich erkläre, dass diese Angaben wahr sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die Pensionsversicherungsanstalt das Recht vorbehält, diese Angaben jederzeit zu überprüfen.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Antrag angeschlossen:



