

Versicherte/r:

SVNr.

Vor- und Familienname Ihrer Mutter/Ihres Vaters:

SVNr. bzw. Geburtsdatum:

Familienstand Ihrer Mutter/Ihres Vaters:

ledig,  verheiratet,  verwitwet,  geschieden (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Telefonnummer (für allfällige Rückfragen):

**Bitte Zutreffendes ankreuzen!**

1. Wird Ihre Mutter/Ihr Vater überwiegend von Ihnen erhalten?  ja  nein

2. Übt Ihre Mutter/Ihr Vater eine Erwerbstätigkeit im Inland aus?  ja  nein

Übt Ihre Mutter/Ihr Vater eine Erwerbstätigkeit im Ausland aus?  ja  nein

Besteht aufgrund dieser Erwerbstätigkeit eine Krankenversicherungspflicht?  ja  nein

Seit wann? ..... Seit wann nicht mehr? .....

3. Name, Berufsart und Adresse der Beschäftigungsstelle:

.....

4. Übt Ihre Mutter/Ihr Vater eine selbstständige betriebliche Tätigkeit aus, deren Einkünfte im Sinne des § 22 Z. 1 bis 3 und 5 oder § 23 des Einkommenssteuergesetzes (EStG) einkommenssteuerpflichtig sind. Überschreiten die Einkünfte aus dieser Tätigkeit voraussichtlich den Betrag von jährlich EUR 4.988,64?  ja  nein

Wenn ja, empfehlen wir Ihrer Mutter/Ihrem Vater sich an die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zu wenden.

5. Hat Ihre Mutter/Ihr Vater in der Vergangenheit zumindest vier Jahre hindurch mit einem Kind/mehreren Kindern im gemeinsamen Haushalt gelebt?  ja  nein

6. Bezieht Ihre Mutter/Ihr Vater eine Pension (Rente)?  ja  nein

Seit wann? .....

Von welcher Stelle (z. B. PVA)? .....

Wieviel bezieht sie/er monatlich? EUR .....

Wo ist sie/er krankenversichert? .....

7. Hat Ihre Mutter/Ihr Vater ein anders/noch ein Einkommen?  ja  nein

8. Beziehen Sie Pflegegeld zumindest der Pflegestufe 3?  ja  nein

Wenn ja, werden Sie von Ihrer Mutter/Ihrem Vater gepflegt?  ja  nein

9. Bezieht Ihre Mutter/Ihr Vater Pflegegeld zumindest der Pflegestufe 3?  ja  nein

10. Ist Ihre Mutter/Ihr Vater
- a) ordentliche/r Kammerangehörige/r einer Ärztekammer?  ja  nein
  - b) Mitglied der Rechtsanwaltskammer?  ja  nein
  - c) Mitglied der Österreichischen Apothekerkammer in der Abteilung für selbstständige Apotheker?  ja  nein
  - d) Mitglied der Ingenieurkammer?  ja  nein
  - e) Mitglied der Österreichischen Patentanwaltskammer?  ja  nein
  - f) Mitglied der Kammer der Wirtschaftstreuhänder?  ja  nein
  - g) Mitglied der Tierärztekammer?  ja  nein
  - h) Bezieher/in einer Pension nach dem FSVG?  ja  nein
  - i) Bezieher/in einer Pension nach dem GSVG nach einer Erwerbstätigkeit aufgrund einer Berufsbefugnis nach der Wirtschaftstreuhänder-Berufsordnung?  ja  nein
  - j) Bezieher/in einer Hinterbliebenenpension nach dem GSVG nach einer Erwerbstätigkeit aufgrund einer Berufsbefugnis nach der Wirtschaftstreuhänder-Berufsordnung?  ja  nein
11. Unterliegt Ihre Mutter/Ihr Vater der Versicherungspflicht nach dem Notarversicherungsgesetz 1972 oder bezieht sie/er nach diesem Gesetz eine Pension?  ja  nein
- Bei geschiedener Ehe der Eltern: Wie hoch sind die monatlichen Alimente des/der geschiedenen Ehemannes/Ehrefrau? EUR .....
12. Haben Sie Geschwister?  ja  nein
13. Tragen Ihre Geschwister und/oder andere Personen zum Unterhalt Ihrer Eltern bei?  ja  nein
14. Leben Ihre Eltern in Ihrer Hausgemeinschaft oder haben sie eine eigene Wohnung?  
.....
15. Haben Ihre Eltern ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland?  ja  nein
- Seit wann? ..... Seit wann nicht mehr? .....

---

## Erklärung

Ich bestätige, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen und dass ich nichts verschwiegen habe.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass Leistungen der BVA, die zu Unrecht in Anspruch genommen werden, von der nicht anspruchsberechtigten Empfängerin zurückgefordert werden.

.....

Datum und Unterschrift