

Antrag auf Kinderbetreuungsgeld

von _____ bis _____
(zwingend auszufüllen)

Um eine rasche Bearbeitung sicherzustellen, werden Sie gebeten, diesen Antrag möglichst bald nach der Geburt beim zuständigen Krankenversicherungsträger einzubringen. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Leistung höchstens bis zu 6 Monate rückwirkend ab dem Tag der Antragsabgabe gewährt werden kann.

Sie werden ersucht, diesen Antrag vollständig auszufüllen und persönlich oder durch einen Vertreter/eine Vertreterin beim zuständigen Krankenversicherungsträger zu stellen.

In Angelegenheiten des Kinderbetreuungsgeldes ist jener Krankenversicherungsträger zuständig, bei dem Sie versichert (anspruchsberechtigt) sind bzw. zuletzt versichert (anspruchsberechtigt) waren, sonst jene Gebietskrankenkasse, bei der der Antrag gestellt wird.

Zutreffendes bitte unbedingt ankreuzen ☒!

Antragsteller/in		Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr
		Versicherungsnummer			
Familienname/n		Vorname/n		Akad. Grad	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Tür-Nr.)					
Postleitzahl		Ort			
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft				Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Telefonnummer					
Bankverbindung					
Girokonto/Postscheckkonto Nr.		Bank		Bankleitzahl	
<input type="checkbox"/> Ich ersuche um Überweisung per Post.					

Vor der Antragstellung/Zuletzt war ich

bei folgendem Krankenversicherungsträger/bei folgender Krankenfürsorgeanstalt (KFA) versichert (anspruchsberechtigt):

Zweiter Elternteil		Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr
		Versicherungsnummer			
Familienname/n		Vorname/n		Akad. Grad	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Tür-Nr.)					
Postleitzahl		Ort			
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft				Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Staatsbürgerschaft		Telefonnummer			

Kind¹⁾		Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr
		Versicherungsnummer			
Familienname/n		Vorname/n		Bei Mehrlingsgeburten ist anzugeben:	
<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> unehelich <input type="checkbox"/> Wahl <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Kaiserschnittgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Zwillingengeburt <input type="checkbox"/> Drillingsgeburt		<input type="checkbox"/> Vierlingsgeburt <input type="checkbox"/> Fünflingsgeburt <input type="checkbox"/> _____	

¹⁾ Bei Mehrlingsgeburten ist das jüngste Kind anzugeben

Weitere Angaben zum/zur Antragsteller/in

Ich lebe mit dem neugeborenen Kind im gemeinsamen Haushalt ja nein

Staatsbürgerschaft

Österreich	<input type="checkbox"/>	Bosnien	<input type="checkbox"/>	Türkei	<input type="checkbox"/>
Deutschland	<input type="checkbox"/>	Kroatien	<input type="checkbox"/>	Rumänien	<input type="checkbox"/>
Italien	<input type="checkbox"/>	Mazedonien	<input type="checkbox"/>	Polen	<input type="checkbox"/>
andere EWR-Länder	<input type="checkbox"/>	Serbien u. Monten.	<input type="checkbox"/>	Ungarn	<input type="checkbox"/>
Schweiz	<input type="checkbox"/>	Slowenien	<input type="checkbox"/>	andere Staaten	<input type="checkbox"/>

Betreuung des Kindes

Ich werde mein Kind während des Kinderbetreuungsgeld-
bezuges (zumindest zeitweise) durch Dritte betreuen lassen

ja
nein
noch nicht entschieden

Ich bin Alleinerzieher/in.
Ich erziehe mein Kind mit dem 2. Elternteil.
Ich erziehe mein Kind mit meinem Partner (nicht mit dem Kindesvater bzw. der Kindesmutter).

Vor der Antragstellung gehörte ich folgender Berufs- bzw. Personengruppe an:

Angestellte/r	<input type="checkbox"/>	Arbeiter/in	<input type="checkbox"/>	Vertragsbedienstete/r	<input type="checkbox"/>
Selbstständige/r	<input type="checkbox"/>	Bauer/Bäuerin	<input type="checkbox"/>	Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/>
Student/in	<input type="checkbox"/>	Schüler/in	<input type="checkbox"/>	Beamter/Beamtin	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosengeldbezieher/in	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Notstandshilfebezieher/in	<input type="checkbox"/>

Beschäftigung/en zum Zeitpunkt der Antragstellung (auch außerhalb Österreichs)

Bezüge auszahlende Stelle Sitz des Unternehmens

Karenz wurde vereinbart mit

einem inländischen Dienstgeber einem ausländischen Dienstgeber

Zeitraum: von.....bis.....

Name und Anschrift Dienstgeber

Arbeitslosengeld-/Notstandshilfebezug außerhalb Österreichs (zum Zeitpunkt der Antragstellung)

ja nein

Name und Anschrift der auszahlenden Stelle

Einkünfte

Einkünfte aus Kapitalvermögen gemäß § 27 EStG über EUR 400,-- jährlich liegen vor

ja nein

Weitere Angaben zum 2. Elternteil

Beschäftigung/en zum Zeitpunkt der Antragstellung (auch außerhalb Österreichs)

Bezüge auszahlende Stelle

Sitz des Unternehmens

Karenz wurde vereinbart mit

einem inländischen Dienstgeber

einem ausländischen Dienstgeber

Zeitraum: von.....bis.....

Name und Anschrift Dienstgeber

Arbeitslosengeld-/Notstandshilfebezug außerhalb Österreichs (zum Zeitpunkt der Antragstellung)

ja

nein

Name und Anschrift der auszahlenden Stelle

Familienbeihilfe

Die Familienbeihilfe wurde beantragt.

Die Familienbeihilfe wurde zuerkannt.

Es besteht kein Anspruch auf Familienbeihilfe, weil ein Anspruch auf eine gleichartige ausländische Leistung besteht.

Es besteht kein Anspruch auf Familienbeihilfe.

Nachstehender Abschnitt ist nur auszufüllen wenn eine Mehrlingsgeburt vorliegt:

Angaben zu Mehrlingsgeburten

Bitte geben Sie nachstehend die Personalien aller jener Kinder an, die zusammen mit dem auf Seite 1 des Antrages angegebenen Kind geboren wurden:

Versicherungsnummer				Familienname/n und Vorname/n
Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr	

Ich lebe mit dem/den angeführten Kind/Kindern im gemeinsamen Haushalt ja nein

Für das/die angegebene/angegebenen Kind/Kinder besteht Anspruch auf Familienbeihilfe ja nein

1. Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der auf diesem Formular getätigten Angaben und nehme zur Kenntnis, dass unwahre Angaben oder die Verschweigung maßgebender Tatsachen durch die Nichtbeantwortung von Fragen die Einstellung und Rückforderung der bezogenen Leistungen bewirken und außerdem in solchen Fällen eine Strafanzeige gegen mich erstattet werden kann.
2. Ich nehme zur Kenntnis, dass bei einer Überschreitung der Zuverdienstgrenzen während des Bezugszeitraumes die erhaltenen Leistungen (Kinderbetreuungsgeld und/oder Zuschuss zum Kinderbetreuungsgeld) zurückgefordert werden müssen.
3. Der Krankenversicherungsträger ist für eventuelle Schäden, die durch unzulängliche Kontoangaben entstehen, nicht haftbar.
4. Die Auszahlung erfolgt jeweils monatlich im Nachhinein auf das von mir angegebene Konto bzw. per Post bis spätestens zum 10. des Folgemonats.
5. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Kinderbetreuungsgeld mit Beginn des 21. Lebensmonates meines Kindes um die Hälfte reduziert wird, wenn ich die Nachweise der vorgeschriebenen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen (5 während der Schwangerschaft und 5 des Kindes) nicht bis spätestens zur Vollendung des 18. Lebensmonates meines Kindes vorlege.
Im Falle einer Mehrlingsgeburt sind die Nachweise für jedes Kind vorzulegen (die Reduzierung um die Hälfte bei Nicht-Nachweis der Untersuchungen betrifft auch das erhöhte Kinderbetreuungsgeld, das auf Grund einer Mehrlingsgeburt gebührt).
6. Ich bestätige die Kenntnisnahme des Informationsblattes zu den Leistungen des Kinderbetreuungsgeldgesetzes.
7. Über die Möglichkeit der Inanspruchnahme des Zuschusses zum Kinderbetreuungsgeld wurde ich ausreichend informiert.
8. Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich sämtliche Änderungen meiner vorstehenden Angaben, ohne Verzug, spätestens jedoch zwei Wochen nach Eintritt des Ereignisses zu melden habe.
Insbesondere sind zu melden: Wegfall des Familienbeihilfebezuges, Auflösung des gemeinsamen Haushaltes mit dem Kind, Verlegung des Wohnsitzes in einen anderen Staat, Aufnahme bzw. die Beendigung einer Beschäftigung außerhalb Österreichs sowie Beginn bzw. Beendigung eines Arbeitslosengeld- oder Notstandshilfebezuges außerhalb Österreichs.

Datum

Unterschrift Antragsteller/in