

Eingangsstempel

# ANTRAG auf

- Witwen-/Witwerpension bzw. Abfindung
- Pension für hinterbliebene eingetragene Partner/innen bzw. Abfindung
- Waisenpension bzw. Abfindung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Gleichzeitig wird die Fortsetzung des Verfahrens bzw. Auszahlung fälliger Geldleistungen beantragt.

| A. Personaldaten des/der verstorbenen Versicherten                                       |  |              | Versicherungsnummer  |  |      |
|--|--|--------------|--|--|------|
| Familien- oder Nachname  |  |              | Geburtsdatum   |  |      |
|  |  |              | Tag  | Monat                                    | Jahr |
| Vorname  |  |              | Geburtsort   |  |      |
| Frühere(r) Name(n)   |  |              | <b>Geburtsurkunde<br/>bitte beilegen!</b>  |  |      |
| Staatsbürgerschaft am Todestag   |  |              |  |  |      |
| Todestag   |  | Todesursache |  | <b>Sterbeurkunde<br/>bitte beilegen!</b> |      |
| Liegt fremdes Verschulden vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |              | Ist der Tod die Folge eines Unfalles oder einer Berufskrankheit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |      |

| B. Personaldaten der Witwe/des Witwers / des hinterbliebenen eingetragenen Partners/der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin |  |  |                  | Versicherungsnummer  |         |      |
|---|--|--|------------------|--|---------|------|
| Familien- oder Nachname   |  |  |                  | Geburtsdatum   |         |      |
|   |  |  |                  | Tag  | Monat   | Jahr |
| Vorname   |  |  |                  | <b>Geburtsurkunde<br/>bitte beilegen!</b>  |         |      |
| Frühere(r) Name(n)  |  |  |                  |  |         |      |
| Mit dem/der Verstorbenen verheiratet gewesen seit   |  |  |                  | <b>Heiratsurkunde/Partnerschafts-<br/>urkunde bzw.<br/>Scheidungsurteil/Auflösungsurteil<br/>bitte beilegen!</b> |         |      |
| geschieden ge-<br>wesen seit  |  | wiederverheiratet seit                       |                  |  |         |      |
| Mit dem/der Verstorbenen in eingetragener Partnerschaft gelebt seit   |  |  |                  |  |         |      |
| aufgelöste eingetragene<br>Partnerschaft seit   |  | neuerlich eingetragene<br>Partnerschaft seit |                  |  |         |      |
| Beruf   |  |  |                  |  |         |      |
| Wohnanschrift   |  |  | Hausname (vulgo) |  | Telefon |      |
| Postleitzahl  |  | Postort                                      |                  | politischer Bezirk   |         |      |

## C. Personaldaten der Waisen

Bitte alle Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr anführen. Darüber hinaus auch alle Kinder ab dem vollendeten 18. Lebensjahr angeben, die sich noch in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder wegen einer Krankheit oder eines Gebrechens erwerbsunfähig sind.

| Familiename | Vorname | ehelich, legitimiert,<br>unehelich, Wahl-<br>Stiefkind | Waisenpension über das 18.<br>Lebensjahr beantragt wegen | Versicherungsnummer |       |      |
|-------------|---------|--|--|---------------------|-------|------|
|             |         |  |  | Geburtsdatum        |       |      |
|             |         |  |  | Tag                 | Monat | Jahr |
|             |         |  |  |                     |       |      |
|             |         |  |  |                     |       |      |
|             |         |  |  |                     |       |      |
|             |         |  |  |                     |       |      |

**Geburtsurkunden, Adoptionsvertrag, Vaterschaftsanerkennung, Bestätigung über den ordnungsgemäßen Schulbesuch (Berufsausbildung), Lehrvertrag bzw. ärztliche Bestätigung, Vormundschaftsbestellungsdekret bitte beilegen!**

**D. Angaben über die selbständige Erwerbstätigkeit der Witwe/des Witwers /des hinterbliebenen eingetragenen Partners/der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin in der Land(Forst)wirtschaft. Kauf-, Übergabs-, Pachtverträge, Ehepakete, Vertrag über die Auflösung der Gütergemeinschaft, Einantwortungsurkunde und den (die) zuletzt erhaltenen Einheitswertbescheid(e) bitte beilegen!**

|  |                         |                      |                                       |                      |
|--|-------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Führen Sie <b>ab dem Todestag des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin</b> einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb auf eigene Rechnung und Gefahr?<br><input type="checkbox"/> nein  |                         |                      |                                       |                      |
| <input type="checkbox"/> ja  | Eigengrund/Fruchtgenuss |                      | Pachtgründe bzw. sonstige Nutzflächen |                      |
|  | Ausmaß in ha            | letzter Einheitswert | Ausmaß in ha                          | letzter Einheitswert |
|  |                         | EUR                  |                                       | EUR                  |
| Anschrift des Betriebes  |                         |                      |                                       |                      |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie bereits <b>vor dem Tod des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin</b> selbst einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb geführt?<br><input type="checkbox"/> nein   |                         |                      |                                       |                      |
| <input type="checkbox"/> ja; Versicherungsnummer, unter der vor dem Tod des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin Beiträge entrichtet wurden!  |                         |                      |                                       |                      |
| <input type="checkbox"/> Hat sich das Ausmaß der bewirtschafteten Fläche ab dem Tod des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin verändert?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja; <b>bitte Kauf-, Pacht-, Schenkungs-, Übergabs- und sonstige Verträge beilegen!</b> |                         |                      |                                       |                      |

**E. Unterhaltsverpflichtungen und Unterhaltsansprüche zur Feststellung der Ausgleichszulage**

|  |                                    |  |   |  |
|--|------------------------------------|--|---|--|
| 1. Hat die/der Witwe/r / der/die hinterbliebene Partner/in weitere Kinder bzw. Angehörige überwiegend zu erhalten?   |                                    |  |   |  |
| Name   | Geburtsdatum                       | Verwandschafts-<br>verhältnis  | Eigenes Einkommen der Kinder                              |  |
|  |                                    |  | Art   | mtl. EUR                               |
|  | . .                                |  |   |  |
|  | . .                                |  |   |  |
| 2. Hat die Waise eine/n – geschiedene/n – Ehepartner/in / eine/n eingetragene/n Partner/in (auch aufgelöste eingetragene Partnerschaften) oder Kinder?     |                                    |  |   |  |
| Name   | Geburtsdatum                       | Gemeinsamer<br>Haushalt  | Eigenes Einkommen der Angehörigen                         |  |
|  |                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | Art   | mtl. EUR                               |
|  | . .                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |   |  |
|  | . .                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |   |  |
| 3. Einkünfte der Eltern der Witwe/des Witwers / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin   |                                    |  |   |  |
| Verwandschaftsgrad<br>zur/zum Witwe/r  | Name, Adresse und Beruf der Eltern |  | Gemeinsamer<br>Haushalt                                   | Höhe des Nettoein-<br>kommens mtl. EUR |
| Vater  |                                    |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Mutter   |                                    |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| 4. Von welchem Elternteil werden weitere Angehörige überwiegend erhalten?  |                                    |  |   |  |
| Unterhaltspflichtiger<br>Elternteil  | Name und Anschrift der Angehörigen |  | Geburtsdatum  | Verwandschaftsverhältnis               |
| Vater  |                                    |  | . .   |  |
| Mutter   |                                    |  | . .   |  |
| 5. Leben die Waisen mit der Mutter/ dem Vater im gemeinsamen Haushalt?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |                                    | Welche Waisen leben nicht mit der Mutter/dem Vater im gemeinsamen Haushalt<br>Namen dieser Waisen: |   |  |
| 6. Erhält die Witwe/der Witwer / der hinterbliebene eingetragene Partner/die hinterbliebene eingetragene Partnerin/ die Waise weitere Unterhaltszahlungen? |                                    | von wem/Verwandschaftsverhältnis/mtl. Höhe   |   |  |

**F. Erwerbstätigkeiten (Beschäftigungen) und Einkünfte in Geld oder Geldeswert ab dem Todestag des/der Verstorbenen (Pensionist/in)**

Zutreffendes bitte ankreuzen

| Art der Einkünfte  | Witwe/r / hinterbliebene/r eingetragene/r Partner/in   | Waisen (bei mehreren Waisen bitte Aufstellung beilegen!)   |
|--|--|--|
| 1. Selbständige Erwerbstätigkeit in der Land(Forst)wirtschaft <b>bewirtschaftete Fläche</b>  | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja; Größe in ha/Anschrift des Betriebes  | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja; Größe in ha/Anschrift des Betriebes  |
| 2. Selbständige Erwerbstätigkeit im Gewerbe oder in einem freien Beruf?<br><small>(Bitte, den letzten Einkommensteuerbescheid beilegen!)</small>   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja; Art/Standort   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja; Art/Standort   |
| 3. Unselbständige Erwerbstätigkeit als Arbeiter/in, Angestellte/r, Beamter/Beamtin, Lehrling, Heimpling, Mitarbeiter/in im elterlichen Betrieb   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja; Arbeitgeber/in /mtl. Bezug   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja; Arbeitgeber/in /mtl. Bezug   |
| 4. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Leistungen aus der Arbeitsmarktförderung, Teilzeitbeihilfe   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja; Krankenkasse/Arbeitsamt/mtl. Bezug   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja; Krankenkasse/Arbeitsamt/mtl. Bezug   |
| 5. Ruhe-(Versorgungs-)genuss, Pension aus einem Beamtenverhältnis, Abgeordnetenpension<br><small>(Bitte, einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!)</small>   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen, auszahlende Stelle/ mtl. Bezug                                   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen, auszahlende Stelle/ mtl. Bezug                                   |
| 6. Bezug nach dem Kriegsofopfer-, Heeresversorgungsgesetz, dem Opferfürsorgegesetz oder Kleinrentnerfürsorge<br><small>(Bitte, einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!)</small>   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen, mtl. Bezug   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen, mtl. Bezug   |
| 7. Wird eine Geldleistung bezogen von . . . ; oder wurde ein Antrag gestellt bei . . .<br><small>(Gegebenenfalls den betreffenden Versicherungsträger ankreuzen.)</small>  | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja; bitte einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!                           | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja; bitte einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!                           |
| <input type="checkbox"/> der Pensionsversicherungsanstalt  | Aktenzeichen (AZ)  | Aktenzeichen (AZ)  |
| <input type="checkbox"/> der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft  | AZ   | AZ   |
| <input type="checkbox"/> der Sozialversicherungsanstalt der Bauern – Pensionsvers.   | Versicherungsnummer (VSNR)   | Versicherungsnummer (VSNR)   |
| <input type="checkbox"/> der Sozialversicherungsanstalt der Bauern – Unfallversicherung  | VSNR   | VSNR   |
| <input type="checkbox"/> der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau  | AZ   | AZ   |
| <input type="checkbox"/> der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt  | AZ   | AZ   |
| <input type="checkbox"/> einem ausländischen Versicherungsträger (Anschrift)   | AZ   | AZ   |
| <input type="checkbox"/> der öffentlichen Fürsorge (auch Pflegegeld, Blindenbeihilfe u.ä.)   | AZ   | AZ   |
| <input type="checkbox"/> einem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen   | AZ   | AZ   |
| 8. Sonstige Einkünfte (z.B. Ausgedinge, Leibrenten, Firmenpensionen, Bürgermeister/inpension, Hinterbliebenenversorgung nach einem/einer Bürgermeister/in, Aufwandsentschädigungen, Provisionen, Vermögenszinsen, Bezüge als Funktionär/in, Einnahmen aus Zimmer- und Wohnungsvermietung, Vermietung von Ställen und Scheunen etc. für gewerbliche und sportliche Zwecke, Pachteinahmen aus Grundflächen, Pachteinahmen aus Campingplätzen, Alimente, Unterhaltsleistungen usw.) | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja<br>Art<br><br>EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja<br>Art<br><br>EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. |
|  | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja<br>Art<br><br>EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja<br>Art<br><br>EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. |
|  | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja<br>Art<br><br>EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja<br>Art<br><br>EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. |
|  |  |  |

**G. Angaben über den Gesundheitszustand (bereits vorhandene ärztliche Befunde beilegen!):**

|   |  |
|---|--|
| 1. Bedarf die Witwe/der Witwer / der hinterbliebene eingetragene Partner/die hinterbliebene eingetragene Partnerin oder eine der Waisen, die bereits das 3. Lebensjahr vollendet hat, ständig der Hilfe und beantragt deshalb das Pflegegeld? |  |
| 2. Welche(r) der Hinterbliebenen war(en) in den letzten drei Jahren in Krankenhauspflege?<br>Von wann bis wann?<br>In welchem Krankenhaus?  |  |

**H. Wenn der/die Hinterbliebene(n) den Antrag nicht selbst stellt (stellen), Name und Anschrift des/der Bevollmächtigten (Vollmacht bitte beilegen.)**

.....  
Hat die/der Hinterbliebene eine/n Sachwalter/in (Vormund), Name und Anschrift des Sachwalters/der Sachwalterin (Vormundes) (**Bestellungsdekret bitte beilegen!**)  
.....

**J. Pensionsauszahlung**

- |  |   |
|--|---|
| 1. für Witwen-/Witwerpension / für Pension für hinterbliebene eingetragene Partner/innen / für Waisenpension(en) für Kinder ab Vollendung des 18. Lebensjahres | 2. für Waisenpension(en) für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres |
|--|---|

Der/Die Antragsteller/in wünscht, dass die beantragte Pension

Der/Die Sachwalter/in (Vormund) oder der/die gesetzliche Vertreter/in wünscht, dass die beantragte Pension an (Name und Anschrift):  
.....  
.....

auf das Konto Nr. ....  
bei der ..... Kasse  
in ..... überwiesen wird.  
Bank

auf das Konto Nr. ....  
bei der ..... Kasse  
in ..... überwiesen wird.  
Bank

**(Bitte, den Überweisungsantrag, der von diesem Geldinstitut ausgestellt wird, beilegen!)**

- durch die Post an die Wohnadresse zugestellt wird       durch die Post an die Wohnadresse zugestellt wird  
(Gewünschtes bitte ankreuzen!)

**K.** Ich berechne die Sozialversicherungsanstalt der Bauern Kostenanteile abzubuchen.       ja       nein

**L. Lohnsteuer:** Für die Berücksichtigung des **Alleinverdiener-/Alleinerzieherabsetzbetrages** ist die Vorlage einer Erklärung erforderlich. Dafür erhalten Sie über Anforderung von unserer Anstalt oder vom Finanzamt das **Formular E30**.

Ich erkläre, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass unwahre Angaben oder die Verschweigung maßgebender Tatsachen, die zu einer ungerechtfertigten Leistungsgewährung führen, strafrechtlich verfolgt werden können. Ich verpflichte mich, alle künftig anfallenden Geld- und Sachleistungen, deren Erhöhung sowie jede Änderung in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, insbesondere die Wiederverhehlung und die Änderung des Wohnsitzes sofort, längstens innerhalb von 2 Wochen, mitzuteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder eine Änderung in der Höhe des Erwerbseinkommens innerhalb von 7 Tagen bekannt zu geben ist.

Anzahl der Beilagen:.....

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift

**Zur Beachtung!** Um Nachteile für den Antragsteller (die Antragstellerin) bei der Festsetzung des Pensionsbeginnes zu vermeiden, sind Anträge sofort an die Anstalt weiterzuleiten, also auch dann, wenn die erforderlichen Unterlagen (Dokumente, Bestätigungen usw.) nicht oder noch nicht vollständig beigelegt werden können. Fehlende Nachweise sind ehestens nachzusenden.  
Alle Urkunden und Beilagen sind stempel- und gebührenfrei, wenn sie nur für diesen Antrag verwendet werden sollen!

Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle:

Dieser Antrag sowie das Beiblatt wurden von der unterzeichneten Stelle als Niederschrift im Sinne des § 14 AVG aufgenommen. Die Partei wurde zur Wahrheitspflicht ermahnt und auf die Folgen unwahrer Angaben hingewiesen.

.....  
Ort und Datum

.....  
Stempel und Unterschrift

# Beschäftigungsverlauf des/der Verstorbenen

|                         |         |           |                                       |       |      |
|-------------------------|---------|-----------|---------------------------------------|-------|------|
|                         |         |           | V e r s i c h e r u n g s n u m m e r |       |      |
| Familien- oder Nachname | Vorname | Todesstag | Geburtsdatum                          |       |      |
|                         |         |           | Tag                                   | Monat | Jahr |

**Bitte beachten!** Falls der/die Ehepartner/in / hinterbliebene eingetragene Partner/in bereits eine Pension (Übergangspension) bezogen hat, ist dieses Einlageblatt nicht auszufüllen. Hat der/die Verstorbene noch keine Pension (Übergangspension) bezogen, sind aber die Pensionsversicherungszeiten bereits erfasst und ist darüber eine "Mitteilung über Pensionsversicherungszeiten" ausgestellt, ist dieses Beiblatt nur dann auszufüllen, wenn nach der Erfassung weitere Pensionsversicherungszeiten erworben wurden, die in der "Mitteilung" noch nicht berücksichtigt sind. Die im Zusammenhang mit der Feststellung von Pensionsversicherungszeiten bereits vorgelegten Dokumente brauchen nicht wieder vorgelegt werden. Die "Mitteilung über Pensionsversicherungszeiten" ist – soweit vorhanden – diesem Antrag beizulegen.

1. Zeiten der Beschäftigung im land(forst)wirtschaftlichen Betrieb der Eltern, Groß-, Wahl-, Stief- oder Schwiegereltern nach Vollendung des 15. Lebensjahres.

| vom<br>(Tag, Monat, Jahr) | bis<br>(Tag, Monat, Jahr) | Name, Geburtsdatum und Anschrift des Betriebsinhabers/der Betriebsinhaberin<br>(Betriebsort / Gemeinde / Land) | Ausmaß des Betriebes in ha | Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Betriebsinhaber/in | Wurde diese Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt?               |
|---------------------------|---------------------------|--|----------------------------|--|--|
| Daten für Verstorbene/n   |                           |  |                            |  |  |
| . .                       | . .                       |  |                            |  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| . .                       | . .                       |  |                            |  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |

2. Zeiten der selbständigen Erwerbstätigkeit in der Land(Forst)wirtschaft des/der Verstorbenen. Hier sind die Zeiten, in denen ein Betrieb auf Rechnung und Gefahr des/der Verstorbenen geführt wurde (nicht jedoch Zeiten der gänzlichen Verpachtung), anzuführen. **Kauf-, Übergabs-, Pachtverträge, Ehepakte usw. bitte beilegen!**

**Bis 30. September 1970**

| Betriebsführung               |  | Ausmaß der bewirtschafteten Fläche                  |                  | Kulturart der Pachtgründe | Wurde der Betrieb<br>a) allein<br>b) mit dem/der Ehepartner/in<br>c) mit anderen Pers. geführt? | Bestanden Ehepakte? | Eigenumsanteil (z.B. 1/1, 1/2 1/3) | Wurde daraus überwiegend der Lebensunterhalt bestritten?     |
|-------------------------------|--|---|------------------|---------------------------|---|---------------------|------------------------------------|--|
| vom<br>(Tag, Monat, Jahr)     | bis<br>(Tag, Monat, Jahr)<br>(längstens 30.9.1970) | Eigengrund Fruchtgenuss- (Wirtschafts-) recht in ha | Pachtgrund in ha |                           |   |                     |                                    |  |
| Betriebsort / Gemeinde / Land |  |   |                  |                           |   |                     |                                    |  |
| . .                           | . .  |   |                  |                           |   |                     |                                    | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| . .                           | . .  |   |                  |                           |   |                     |                                    | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |

**Ab 1. Oktober 1970**

| Betriebsführung           |                           | Betriebsort / Gemeinde / Land |
|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| vom<br>(Tag, Monat, Jahr) | bis<br>(Tag, Monat, Jahr) |                               |
| . .                       | . .                       |                               |
| . .                       | . .                       |                               |

Die Beitragszahlungen an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern erfolgten unter folgenden Aktenzeichen:

- Beiträge zur Pflichtversicherung Aktenzeichen  
 Beiträge zur Weiterversicherung     nein     ja    Aktenzeichen  
 Beiträge zur Höherversicherung     nein     ja    Aktenzeichen

3. Zeiten der hauptberuflichen Beschäftigung Ihres nun verstorbenen Ehepartners/Ihrer nun verstorbenen Ehepartnerin / Ihres nun verstorbenen eingetragenen Partners/Ihrer nun verstorbenen eingetragenen Partnerin in dem auf Ihre Rechnung und Gefahr geführten land(forst)wirtschaftlichen Betrieb (frühestens ab 1.1.1992) bis zum Tod.

| vom<br>(Tag, Monat, Jahr) | bis<br>(Tag, Monat, Jahr) | Betriebsort / Gemeinde / Land |
|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| . .                       | . .                       |                               |
| . .                       | . .                       |                               |

4. Zeiten der selbständigen Erwerbstätigkeit in der gewerblichen Wirtschaft (oder gleichgestellten freiberuflichen Erwerbstätigkeit).

| Art der Gewerbeberechtigung<br>(der freiberuflichen Erwerbstätigkeit)   | Zeiten der tatsächlichen Ausübung |                           | Zeiten der Nichtausübung, Stilllegung, Verpachtung, usw. |                           | Anschrift<br>(Standort) des Betriebes<br>(Gemeinde, Bezirk, Land) |
|---|-----------------------------------|---------------------------|--|---------------------------|---|
|   | vom<br>(Tag, Monat, Jahr)         | bis<br>(Tag, Monat, Jahr) | vom<br>(Tag, Monat, Jahr)                                | bis<br>(Tag, Monat, Jahr) |   |
| Daten für Verstorbene/n   |                                   |                           |  |                           |   |
|   | . .                               | . .                       | . .  | . .                       |   |
|   | . .                               | . .                       | . .  | . .                       |   |
| Die Beitragszahlungen an die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft erfolgten unter dem Aktenzeichen: |                                   |                           |  |                           |   |

5. ● Zeiten der Schulausbildung (**Schulzeugnisse bzw. Studiennachweise bitte beilegen**),

- Zeiten einer unselbständigen Erwerbstätigkeit außerhalb oder neben der Tätigkeit im Betrieb der Eltern, Groß-, Wahl-, Stief- oder Schwiegereltern, des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin oder im eigenen Betrieb,
- Zeiten der Arbeitslosigkeit und der freiwilligen Pensions(Renten)versicherung nach Vollendung des 14. Lebensjahres.

| vom<br>(Tag, Monat, Jahr) | bis<br>(Tag, Monat, Jahr) | Schüler/in – Student/in<br>beschäftigt als<br>arbeitslos, freiwillig versichert | Name und Anschrift der mittleren, höheren oder Hochschule, der Dienstgeber/innen, des Arbeitsamtes bzw. der Pensionsversicherungsanstalt (Aktenzeichen bitte angeben!) |
|---------------------------|---------------------------|---|--|
| Daten für Verstorbene/n   |                           |   |  |
| . .                       | . .                       |   |  |
| . .                       | . .                       |   |  |
| . .                       | . .                       |   |  |
| . .                       | . .                       |   |  |

6. Zeiten des Wehr-, Kriegs- oder Notdienstes, der Kriegsgefangenschaft, Internierung sowie sonstiger Verhinderung. (**Staatsbürgerschaftsnachweis, Soldbuch, Wehrpass, Heimkehrerentlassungsschein, Wehrdienstbuch bitte beilegen!**)

| vom<br>(Tag, Monat, Jahr) | bis<br>(Tag, Monat, Jahr) | Art der Dienstleistung, Grund der Verhinderung |
|---------------------------|---------------------------|--|
| . .                       | . .                       |  |

7. Zeiten der Kindererziehung

Im Inland (EWR) mindestens während der ersten vier Lebensjahre **überwiegend** erzogene leibliche Kinder, Stiefkinder, Adoptivkinder und Pflegekinder (Pflegekinder nur dann, wenn die Übernahme der Pflege nach dem 31.12.1987 erfolgt ist).

|  |
|--|
| <p>Zeiten der Kindererziehung</p> <p><input type="checkbox"/> liegen vor – falls diese in der auf der Vorderseite erwähnten "Mitteilung" noch nicht berücksichtigt sind, <b>verwenden Sie bitte für Angaben dazu den Vordruck "Erklärung für Zeiten der Kindererziehung"</b>.</p> <p><input type="checkbox"/> liegen nicht vor</p> |
|--|

Ort und Datum

Unterschrift