



**FÜR GEWERBETREIBENDE  
UND NEUE SELBSTÄNDIGE**

**ANTRAG auf Maßnahmen der  
beruflichen Rehabilitation  
(Berufsfindung, Aus- und Weiterbildung)**

zum Stichtag **01.** .

Eingangsstempel

VSNR

Aktenzeichen

Referenznummer

Bezugsnummer

**1 Personaldaten der versicherten Person**

(Namen in Blockschrift, Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Familienname und Vorname	akad. Titel	Geschl.	Geburtsdatum	Geburtsort
Geburtsname und Namen aus früheren Ehen/Partnerschaften			Staatsbürgerschaft	Bezirk
PLZ – Ort		Straße, Gasse, Platz, Hausnr., Stiege, Stock, Tür		
Telefonnummer(n)		E-Mail		
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft seit				

**2 Personaldaten der Angehörigen**

**2.1**  Ehepartner  eingetragener Partner  Lebensgefährte

Familienname und Vorname	akad. Titel	Geschl.	VSNR bzw. Geburtsdatum	gem. Haushalt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geburtsname und Namen aus früheren Ehen/Partnerschaften				

**2.2 Personaldaten der Kinder**

Kinder sind bei beiden Elternteilen in der Krankenversicherung mitversichert.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder der versicherten Person (Vaterschaftsnachweis, wenn die Eltern nicht verheiratet sind)</li> <li>• Wahlkinder</li> <li>• Stief- und Pflegekinder nur bei ständiger Hausgemeinschaft</li> <li>• Enkel nur bei ständiger Hausgemeinschaft und bestehender Unterhaltsverpflichtung</li> </ul>	Generell bis zum 18. Lebensjahr	<p><b>Darüber hinaus</b>, längstens bis zur Vollendung des <b>27. Lebensjahres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn ihre Arbeitskraft durch Schul- oder Berufsausbildung überwiegend beansprucht wird oder</li> <li>• ein „Freiwilliges Sozialjahr“ absolviert wird</li> </ul> <p><b>Altersunabhängig</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Erwerbsunfähigkeit wegen Krankheit oder Gebrechen</li> </ul>
---	---------------------------------	--

Familienname und Vorname	VSNR bzw. Geburtsdatum	Kind, Wahl-, Stief-, Pflegekind; Enkel (Zutreffendes anführen)	Art der Ausbildung	Nettoeinkommen	gem. Haushalt ja - nein	Kinder-Zuschuss wird bezogen
1					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>

**3 Angaben zum Versicherungsverlauf**

		ja – nein
3.1.	Wurden Ihre <b>Versicherungszeiten</b> bereits einmal überprüft? <b>Nur bei „nein“:</b> Beschäftigungsverlauf (Formular PPS-240202) <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.2	Waren Sie im <b>Ausland</b> erwerbstätig? <b>Nur bei „ja“:</b> Staat(en): _____ Bitte beachten Sie Punkt 4.2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.3	Anzahl der Kinder: _____ Kindererziehungszeiten (Anspruch besteht nur für den Elternteil, der das Kind tatsächlich und überwiegend erzogen hat): <input type="checkbox"/> wurden bereits festgestellt <input type="checkbox"/> wurden bereits beim anderen Elternteil festgestellt <input type="checkbox"/> wurden noch nicht festgestellt, ich habe Kinder tatsächlich und überwiegend erzogen – Formular PPS-110201 ausfüllen <input type="checkbox"/> wurden noch nicht festgestellt, ich habe aber Kinder <b>nicht</b> überwiegend erzogen	

**4 Ausbildung und Erwerbstätigkeit**

**4.1 Angaben zur Ausbildung**

Welche **Schulbildung** haben Sie absolviert? (Hauptschule, Gymnasium, Fachhochschule, Universität)

Art der Schule	von	bis	Abschluss ja - nein
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Welche **Berufsausbildung** (Lehre, ...) haben Sie absolviert?

Art der Berufsausbildung	von	bis	Abschluss ja - nein
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Haben Sie sonstige **Aus- und Weiterbildungen** (z.B. Schulungen, Kurse, ...) absolviert?

Art der Ausbildung	von	bis	Abschluss ja - nein
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

#### 4.2 Angaben zu bisherigen Erwerbstätigkeiten

4.2.1 Welche Tätigkeiten haben Sie bisher in Österreich oder im Ausland ausgeübt?

Bitte führen Sie für **jedes** Beschäftigungsverhältnis in zeitlicher Reihenfolge eine **genaue** Beschreibung Ihrer Erwerbstätigkeit(en) an.

Erwerbstätigkeit von / bis	genaue Tätigkeitsbeschreibung	Land	selbständig ja - nein
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Reicht der Platz nicht aus, so füllen Sie ein weiteres Formblatt „Fragebogen zur Tätigkeitsbeschreibung der Erwerbstätigkeit(en)“ PPS-060113 aus.

**5 Angaben zur selbständigen Erwerbstätigkeit**

Die Fragen betreffen immer nur **eine** selbständige Tätigkeit bzw. die **gleichzeitige** Ausübung mehrerer Erwerbstätigkeiten (siehe Punkt 5.1.2). Falls Sie **mehrere unterschiedliche** selbständige Tätigkeiten nacheinander ausgeübt haben, füllen Sie bitte jeweils ein separates Formblatt PPS-060107 aus (Fragebogen über Betriebsstruktur und Belastung bei Ausübung der selbständigen Tätigkeit(en)).

**5.1 Fragen zur Betriebsstruktur**

5.1.1	Welche selbständige Tätigkeit haben Sie ausgeübt und welche Ausübungsberechtigungen haben Sie dafür benötigt?
-------	---

5.1.2 Nur bei gleichzeitiger Ausübung mehrerer Erwerbstätigkeiten:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

		ja – nein
5.1.2.1	Wurden diese im Rahmen eines einheitlichen Unternehmens in einer wirtschaftlichen Einheit (z.B. Handwerk und Handel) ausgeübt? <b>Wenn ja:</b> Welcher Ihrer Tätigkeiten kam die maßgebliche wirtschaftliche Bedeutung zu (gemessen am Umsatz, Arbeitsaufwand etc.)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.1.2.2	Wurden diese im Rahmen mehrerer getrennter Betriebe ausgeübt? <b>Wenn ja:</b> Welcher dieser Betriebe erbrachte für sich allein genommen kein existenzsicherndes Einkommen? (Bitte begründen!)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.1.2.3	Haben die Tätigkeiten, denen keine maßgebliche wirtschaftliche Bedeutung zugekommen ist, jeweils für sich genommen, im Durchschnitt <input type="checkbox"/> unter 10 Prozent <input type="checkbox"/> zwischen 10 u. 20 Prozent <input type="checkbox"/> über 20 Prozent des Gesamtumsatzes ausgemacht? <b>Wenn ja, welche?</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.1.3 Wie viele Dienstnehmer, Familienangehörige bzw. Mitunternehmer sind (waren) im Unternehmen beschäftigt?

keine                       Anzahl:  
 hievon Vollzeit                      , Teilzeit                      ; als Arbeiter                      , als Angestellter

Veränderungen (in den letzten fünf Jahren)

Anzahl der Mitarbeiter	Arbeiter/Angestellte	vor 5 Jahren	vor 3 Jahren	zuletzt

5.1.3.1	Bitte beschreiben Sie die Stellung und Aufgaben der Mitarbeiter	
5.1.3.2	Können Ihre Tätigkeiten/Aufgaben, die Sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben können, auch von Mitarbeitern in Ihrem Betrieb ganz oder teilweise auf Dauer oder vorübergehend übernommen werden?	
5.1.3.3	Welche Gründe sprechen dagegen, dass die von Ihnen ausgeführten, belastenden Tätigkeiten ganz oder teilweise den im Betrieb mittätigen Personen übertragen werden?	
5.1.3.4	Können Sie die belastenden Tätigkeiten einem neuen Dienstnehmer übertragen?	
5.1.4	Welche Betriebsmittel wurden im Wesentlichen verwendet? (Angaben über die räumliche und maschinelle Betriebsausstattung, die Anzahl und Art der Fahrzeuge und dgl. mehr)	
5.1.5	Hat sich die Betriebsstruktur in den vergangenen fünf Jahren verändert? <b>Wenn ja, nähere Angaben</b> (z.B. Umsatz, Anzahl der Betriebsstätten):	ja – nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>Zeitangabe</b>	<b>Art der Änderung</b>
5.1.6	Beabsichtigen Sie, die selbständige(n) Erwerbstätigkeit(en) weiter auszuüben? <b>Wenn ja:</b>	ja – nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.1.6.1	Sind Einschränkungen geplant? <b>Wenn ja:</b> In welcher Form?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

		ja – nein
5.1.6.2	<p>Wurden Einschränkungen bereits durchgeführt?  <b>Wenn ja:</b> In welcher Form?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.1.7	<p>Wie hoch war die durchschnittliche tägliche Arbeitszeit vor Auftreten Ihrer gesundheitlichen Probleme?</p>	
5.1.8	<p>Wie hoch ist derzeit Ihre durchschnittliche Arbeitszeit (Stunden pro Tag – Tage pro Woche)</p>	
5.1.9	<p>Welche Tätigkeiten (Art und Dauer) haben Sie im Unternehmen selbst ausgeführt?  a) Körperlich stark belastende Arbeiten:  <b>Wenn ja:</b> Art und Dauer (Stunden pro Tag):</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<p>b) Unternehmensleitung, insbesondere Kontroll- und Aufsichtsfunktion:  <b>Wenn ja:</b> Art und Dauer (Stunden pro Tag):</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<p>c) Sonstige manuelle Tätigkeiten:  <b>Wenn ja:</b> Art und Dauer (Stunden pro Tag):</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.1.10	<p>Welche Tätigkeiten können aufgrund Ihrer Beschwerden aus Ihrer Sicht nicht mehr ausgeführt werden? Bitte führen Sie konkrete Tätigkeiten an.</p>	
5.1.11	<p>Haben Sie Vorschläge, wie durch Modernisierung der Betriebsausstattung, Anschaffung von Hilfsmitteln/Maschinen/Geräten (Transportgeräten, Hebeeinrichtungen) die berufliche Tätigkeit trotz Ihrer gesundheitlichen Einschränkungen aufrechterhalten werden kann?</p>	
5.1.12	<p>Gibt es andere Maßnahmen, durch die Sie sich noch von den belastenden Tätigkeiten entbinden können? (wie zum Beispiel Ausbildung, Weiterbildung, ...)</p>	
5.1.13	<p>Wie hoch war Ihr durchschnittlicher jährlicher Gewinn vor Steuern in den letzten drei Jahren?</p>	

**5.2 Fragen zur Einschätzung der Belastung**

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Angaben im jeweiligen Kästchen an und beantworten Sie die Zusatzfragen.

Die Fragen betreffen immer nur **eine** selbständige Tätigkeit bzw. die **gleichzeitige** Ausübung mehrerer Erwerbstätigkeiten. Falls Sie **mehrere unterschiedliche** selbständige Tätigkeiten nacheinander ausgeübt haben, füllen Sie bitte jeweils ein separates Formblatt PPS-060107 aus (Fragebogen über Betriebsstruktur und Belastung bei Ausübung der selbständigen Tätigkeit(en)).

Meine selbständige(n) Tätigkeit(en) als .....

übte ich von (Monat und Jahr) bis aus.

Die Verrichtungen erfolgten:

- |  |                                 |                                    |                                |
|--|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| im Gehen .....   | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| im Stehen .....  | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| im Sitzen .....  | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| mit Bücken .....   | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| in vorgeneigter Haltung .....  | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| in Schulterhöhe .....  | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| über Schulterhöhe .....  | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| mit Knien/Hocken .....   | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| Welcher Art? .....   |                                 |                                    |                                |
| mit Heben/Tragen leichter Lasten (bis 10 kg) .....                                   | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| mit Heben/Tragen mittelschwerer Lasten (bis 25 kg) .....                             | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| Welcher Art? .....   |                                 |                                    |                                |
| mit Heben/Tragen schwerer Lasten (über 25 kg) .....                                  | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| Welcher Art? .....   |                                 |                                    |                                |
| mit Zwangshaltungen (Überkopfarbeit, auf Knien etc.) .....                           | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| Welcher Art? .....   |                                 |                                    |                                |
| mit erhöhter Verletzungsgefahr<br>(Absturzgefahr, an laufenden Maschinen etc.) ..... | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| Welcher Art? .....   |                                 |                                    |                                |
| unter Kälte-, Nässe-, Hitzeeinwirkung unter Einwirkung .....                         | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| von Rauch, Staub, chemischen Stoffen, Dämpfen.....                                   | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| Welcher Art? .....   |                                 |                                    |                                |
| mit besonderer Fingerfertigkeit .....  | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| mit erhöhter Konzentration .....   | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |
| unter besonderem Zeitdruck.....  | häufig <input type="checkbox"/> | fallweise <input type="checkbox"/> | nicht <input type="checkbox"/> |

Gibt es darüber hinaus noch erwähnenswerte Umstände Ihrer Tätigkeit, nach denen bisher nicht gefragt wurde (z. B. ständige Lärmeinwirkung, Nachtarbeit)? ..... ja  nein

Wenn ja, welche? .....

**6 Angaben zur Rehabilitation**

				ja – nein
6.1	Haben Sie bereits in der Pensions- oder Unfallversicherung ein Kur-/Rehabilitationsverfahren beantragt? <b>Wenn ja:</b> Antragsdatum und Versicherungsträger			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.2	Haben Sie (aktuell) einen Antrag auf eine vergleichbare Leistung zur Rehabilitation im Ausland gestellt? <b>Wenn ja:</b> Antragsdatum und Versicherungsträger			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.3	Wurden/werden bereits Kur-/Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt bzw. durchgeführt? <b>Wenn ja, welche? Bitte geben Sie die Maßnahmen der letzten fünf Jahre an:</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Maßnahme	von	bis	Kostenträger
6.4	Sind Ihrerseits berufliche Veränderungen geplant? <b>Wenn ja, welche?</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Maßnahme	von	bis	Kostenträger
6.5	Haben Sie konkrete Vorstellungen über eine mögliche Ausbildung bzw. Umschulung?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Maßnahme	von	bis	Kostenträger

**7 Angaben zum Gesundheitszustand**

7.1 Aufgrund welcher **gesundheitlichen Beschwerden** können Sie **derzeit** nicht mehr ausreichend arbeiten?

Krankheit	seit



7.2 Haben Sie noch **andere Leiden** bzw. **schwere Erkrankungen** mit längerer Behandlungsdauer?

Art des Leidens bzw. der schweren Erkrankung	Zeitraum

7.3 Welche **Medikamente** nehmen Sie derzeit ein?

Name des Medikamentes	fallw.	regelm.	seit
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7.4 Bei welchen **Ärzten** stehen Sie in Behandlung?

Name	Fachrichtung	Adresse

7.5 Bitte führen Sie **Krankenhausaufenthalte**, **Operationen** und **Unfälle** in zeitlicher Reihenfolge an (letzten **fünf** Jahre)

Krankenhaus	Aufenthaltsgrund	Zeitraum

Reicht der Platz nicht aus, füllen Sie ein weiteres Formblatt „Fragebogen zum Gesundheitszustand“ PPS-060109 aus.

		ja – nein
7.6	<p>Können Sie aufgrund eines Leidens nicht zu einer ärztlichen Untersuchung kommen?  <b>Wenn ja:</b> ärztliche Bestätigung von Ihrem behandelnden Arzt  <input type="checkbox"/> wird nachgereicht  <input type="checkbox"/> liegt bei</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.7	<p>Wurden Sie bereits über das Arbeitsmarktservice in der Pensionsversicherungsanstalt untersucht („PVA-Gesundheitsstraße“)?  <b>Wenn ja:</b> Datum der Untersuchung:</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.8	<p>Sind Sie durch einen Unfall (z.B. Arbeitsunfall, Verkehrsunfall) oder eine Körperverletzung durch Fremdiverschulden beeinträchtigt?  <b>Wenn ja:</b> Form PPS-200203:  <input type="checkbox"/> wird nachgereicht  <input type="checkbox"/> liegt bei</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.9	<p>Leiden Sie an einer Berufskrankheit?  <b>Wenn ja:</b> Bescheid der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA)  <input type="checkbox"/> wird nachgereicht  <input type="checkbox"/> liegt bei</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.10	<p>Beziehen Sie Pflegegeld oder haben Sie bereits Pflegegeld beantragt?  <b>Wenn ja:</b> Auszahlende Stelle:</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.11	<p>Beantragen Sie wegen Pflegebedürftigkeit Pflegegeld?  <b>Wenn ja:</b> Form PPS-190102  <input type="checkbox"/> wird nachgereicht  <input type="checkbox"/> liegt bei</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**8 Einkommen**

(Auch bereits beantragte und noch nicht bezogene Leistungen anführen!)

		ja – nein
8.1	<p>Üben Sie eine <b>selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit</b> aus?  <b>Wenn ja:</b>                      Art der Tätigkeit: _____ mtl. Einkommen: _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.2	<p>Beziehen Sie <b>Krankengeld</b>?  <b>Wenn ja:</b>                      ausgezahlt von/beantragt bei: _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.3	<p>Beziehen Sie <b>Sozialhilfe</b> bzw. <b>Mindestsicherung</b>?  <b>Wenn ja:</b>                      ausgezahlt von/beantragt bei: _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.4	<p>Beziehen Sie eine Leistung aus der <b>Kriegsopfer-, Heeresversorgung</b> oder <b>Opferfürsorge</b>?  <b>Wenn ja:</b>                      ausgezahlt von/beantragt bei: _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.5	<p>Beziehen Sie eine Leistung aus der <b>Arbeitslosenversicherung</b> (insbesondere Pensionsvorschuss)?  <b>Wenn ja:</b>                      ausgezahlt von/beantragt bei: _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.6	<p>Beziehen Sie eine <b>weitere Pension</b> oder eine <b>Rente aus der Unfallversicherung</b>?  <b>Wenn ja:</b>                      ausgezahlt von/beantragt bei: _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.7	<p>Beziehen Sie eine <b>ausländische Leistung</b> (z. B. Rente)?  <b>Wenn ja:</b>                      ausgezahlt von/beantragt bei: _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

		ja--	nein
8.8	Sind Sie oder waren Sie und/oder Ihr (Ehe)Partner <b>Eigentümer land- und forstwirtschaftlich genutzter Grundstücke</b> ? <b>Wenn ja:</b> Ausmaß (ha/EHW): Bewirtschaftungsweise: Ehepakt vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9	Beziehen Sie <b>sonstige Einkünfte</b> (z.B. Vermietung & Verpachtung, Leibrenten, Ausgedinge, Wohnrecht, Firmenpensionen, Unterhalt)? <b>Wenn ja:</b> Art der Einkünfte: _____ mtl. Höhe: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.10	Erzielt Ihr (Ehe)Partner in- oder ausländische Einkünfte? Bei Pensionsbezug <b>Kinderzuschuss</b> bzw. <b>Ausgleichszulage</b> angeben. <b>Wenn ja:</b> Einkommensquelle: _____ Höhe: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9 Krankenversicherung

		ja	nein
9.1	Sind Sie gesetzlich <b>krankenversichert</b> ? <b>Wenn ja:</b> Anstalt: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Waren Sie im Ausland aufgrund einer Erwerbstätigkeit gesetzlich krankenversichert? <b>Wenn ja:</b> Zeitraum von/bis: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10 Antragstellung durch eine andere Person

Ausfüllen, wenn die versicherte Person den Antrag nicht selbst stellt		
Familiename(n) und Vorname(n)		
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür		
Postleitzahl	Ort	Telefonnummer
<b>ICH BIN</b> <input type="checkbox"/> die mit der gesetzlichen Vertretung betraute Person <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> die bevollmächtigte Person <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> ..... <small>(Sachwalter(in), mit der Obsorge betraute Person, Vorsorgebevollmächtigte(r), gewählte(r), gesetzliche(r) oder gerichtliche(r) Erwachsenenvertreter(in), Kurator(in))</small>		

<sup>2)</sup> Bitte Nachweis über die Vertretung beilegen, wenn diese dem Versicherungsträger noch nicht bekannt ist!

**11 Erklärung zum Antrag auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation**

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Ich bin darüber informiert, dass Leistungen, die auf Grund unrichtiger oder unvollständiger Aussagen erbracht wurden, zurückgezahlt werden müssen. Ferner, dass ich **Änderungen** zu meinen Angaben (z.B. im Einkommen, in den Familienverhältnissen, in der Adresse) **innerhalb von zwei Wochen**, die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit **innerhalb von sieben Tagen** der SVS bekannt geben muss.

Information PPS-060114 ausgefolgt!

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift

**Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter [svs.at/vvt](http://svs.at/vvt).**

<b>Wird von der SVS ausgefüllt!</b>	Die Übereinstimmung der angegebenen Personaldaten mit den vorgelegten Dokumenten wird bestätigt.	Die Dokumente liegen in Kopie bei	Die Dokumente werden nachgereicht
Geburtsurkunde des/der Versicherten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsurkunde des (der) Kindes(r)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heiratsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweitschrift <input type="checkbox"/> nicht ausgefolgt <input type="checkbox"/> ausgefolgt			
			..... Stempel und Unterschrift

## Rehabilitationsmaßnahmen

### FÜR GEWERBETREIBENDE UND NEUE SELBSTÄNDIGE



#### DAS WICHTIGSTE IM ÜBERBLICK

Wir treffen Vorsorge für die Rehabilitation von Versicherten und Beziehern einer Erwerbsunfähigkeitspension, deren Arbeitskraft infolge einer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung herabgesunken ist.

Die Rehabilitation umfasst

- medizinische,
- berufliche und – soweit dies zur Ergänzung erforderlich ist – auch
- soziale Maßnahmen.

Ziel der Rehabilitation ist es, Ihre Leistungsfähigkeit in einem möglichst hohen Ausmaß wiederherzustellen.

Durch die **medizinischen Maßnahmen** wird primär versucht, das Ziel der Rehabilitation zu erreichen. Diese schaffen die Voraussetzungen für eine berufliche und wirtschaftliche Wiedereingliederung.

Zu den medizinischen Maßnahmen zählen

- die stationäre Aufnahme in speziellen Rehabilitationszentren,
- die ambulante Rehabilitation und
- die Versorgung mit orthopädischen Behelfen, Prothesen und anderen Hilfsmitteln.

Durch die **beruflichen Maßnahmen** der Rehabilitation sollen Sie Ihren früheren Beruf wieder ausüben können oder in der Lage sein, einen neuen selbständigen Beruf auszuüben.

Berufliche Maßnahmen sind

- die Ausbildung, um die Erwerbsfähigkeit für Ihren Beruf wiederherzustellen oder zu erhöhen,
- die Ausbildung für einen neuen Beruf und
- Darlehen und/oder sonstige Hilfsmaßnahmen, um die Erwerbstätigkeit fortzusetzen.

Die berufliche Rehabilitation wird in einem individuell angepassten Zeitrahmen erbracht. Wir fördern Aktivitäten dieser Art, bis durch diese das angestrebte Ziel erreicht werden kann.

Die **sozialen Maßnahmen** der Rehabilitation tragen über die bereits genannten Leistungen hinaus zur Erreichung des Rehabilitationsziels bei. Das sind beispielsweise Zuschüsse oder Darlehen.

#### Übergangsgeld

Während stationärer Rehabilitationsaufenthalte oder einer Ausbildung leisten wir unter bestimmten Voraussetzungen ein Übergangsgeld. Wir verweisen dazu auf den Fragenbogen zur Feststellung des Übergangsgeldes. Anspruch auf eine Erwerbsunfähigkeitspension besteht während der Rehabilitation nicht.

## Rehabilitationsplan

Für die beruflichen, medizinischen und sozialen Maßnahmen erstellen wir gemeinsam mit Ihnen einen Rehabilitationsplan. Dieser Plan enthält neben dem Ziel auch alle notwendigen Maßnahmen und Ihren persönlichen Rehabilitationszeitraum. Um das Rehabilitationsziel zu erreichen, ist Ihre Mitwirkung enorm wichtig. Sie sind sogar verpflichtet, an der Rehabilitation aktiv mitzuwirken. Tun Sie dies nicht, kann die Zahlung des Übergangsgeldes eingestellt werden.

Die Berater in den Landesstellen sind für Sie da! Bei Fragen rufen Sie an oder senden Sie eine E-Mail.

### Case Manager/Rehabberater in den Landesstellen der SVS:

Landesstelle	Tel.Nr.	E-Mail
WIEN	050 808 9115	cm.w@svs.at
NIEDERÖSTERREICH	050 808 9215	cm.noe@svs.at
BURGENLAND	050 808 9315	cm.bgl@svs.at
OBERÖSTERREICH	050 808 9415	cm.ooe@svs.at
STEIERMARK	050 808 9515	cm.stmk@svs.at
KÄRNTEN	050 808 9615	cm.ktn@svs.at
SALZBURG	050 808 9715	cm.sbg@svs.at
TIROL	050 808 9815	cm.t@svs.at
VORARLBERG	050 808 9915	cm.vbg@svs.at

Infoblätter zu vielen wichtigen Themen finden Sie im Internet unter [svs.at/info](http://svs.at/info).

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen, 1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84–86, Tel. 050 808 808  
Hersteller: Druck - SVD-Büromanagement GmbH, Wien  
Damit die Texte leichter lesbar bleiben, verzichten wir auf eine Unterscheidung des weiblichen und männlichen Geschlechts. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung geschlechtsneutral.

Stand: 2020

Wir erweitern für Sie unser Dienstleistungsangebot. Wir wollen in Zukunft Ihre Anliegen noch unbürokratischer und schneller erledigen und Sie rasch mit aktuellen Informationen versorgen. Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns dabei ein wichtiges Anliegen. Schicken Sie uns die Erklärung auf der Rückseite, damit wir unseren Service für Sie in folgenden Bereichen optimieren können:

- ✓ **Kommunikation per E-Mail**
- ✓ **Immer auf dem Laufenden mit dem SVS-Newsletter**
- ✓ **Sicherheitsfragen bei Auskünften**

#### **Kommunikation per E-Mail**

Gerne beantworten wir in Zukunft Ihre Anfragen und Anträge auch per E-Mail. Wollen Sie dieses Angebot nutzen, dann geben Sie uns auf der Rückseite bitte Ihre E-Mail-Adresse bekannt. Bitte unterschreiben Sie die Einverständniserklärung, legen Sie eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises bei (Reisepass, Personalausweis oder Führerschein) und schicken Sie diese per Post oder per E-Mail an Ihre Landesstelle.

#### **Immer auf dem Laufenden mit dem SVS-Newsletter**

Mit dem SVS-Newsletter versorgt Sie die SVS mit topaktuellen Informationen aus Ihrer Sozialversicherung. Gesetzliche Neuerungen, neue Leistungen und Services, Veranstaltungen und vieles mehr erfahren Sie rasch und aus erster Hand. Wenn Sie uns Ihre E-Mail-Adresse bekannt geben und diese Option wählen, dann erhalten Sie künftig den SVS-Newsletter.

#### **Sicherheitsfragen bei Auskünften**

Datenschutz ist uns ein wichtiges Anliegen. Damit wir in Zukunft am Telefon oder bei Vorsprachen die Identität besser prüfen können, beantworten Sie bitte die Sicherheitsfragen auf der Rückseite. So sind Ihre persönlichen Daten geschützt. Bitte geben Sie uns auch eine Telefonnummer bekannt, damit wir Sie im Fall der Fälle telefonisch erreichen können.

#### **Persönliche Daten sicher einsehen mit der Handysignatur**

Mit den SVS-Onlineservices können Sie wichtige persönliche Daten einsehen. So haben Sie Zugriff auf Ihr Beitragskonto oder auf Ihre Krankenversicherungsleistungen. Arztrechnungen können Sie online zur Vergütung einreichen. Nutzen Sie die SVS-Onlineservices mit der Handysignatur. Zur Handysignatur kommen Sie direkt in Ihrer Landesstelle aber auch beispielsweise über Ihren persönlichen Zugang zu Finanz-Online (<https://finanzonline.bmf.gv.at/fon/>). Nähere Infos zu unseren Onlineservices: **[svs.at/Onlineservice](https://svs.at/Onlineservice)**.

#### **Für Fragen rufen Sie bitte 050 808 808**

Bitte schicken Sie die Erklärung auf der Rückseite unterschrieben an Ihre Landesstelle!

**Bitte legen Sie eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises bei!**

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

## Personaldaten:

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

VSNR:

Titel/Familiename/  
Vorname:

---

## EINWILLIGUNG ZUM EMPFANG VON E-MAILS

### E-Mail-Adresse:

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

Ich möchte die Vorteile des E-Mail-Verkehrs mit der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) nutzen und bin mit der Übermittlung der mich bzw. meine Kinder betreffenden personenbezogenen Daten auch per unverschlüsselter E-Mail an oben genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Diese Einwilligung umfasst auch die Übermittlung besonderer Kategorien von Daten (z.B. Gesundheitsdaten) und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen bei Ihrer zuständigen Landesstelle schriftlich widerrufen werden. Bis zu einem allfälligen Widerruf bleibt die Übermittlung per unverschlüsselter E-Mail rechtmäßig.

Mir ist bewusst, dass der E-Mail-Verkehr kein absolut sicheres Kommunikationsmittel darstellt. Auf die von mir bekannt gegebene E-Mail-Adresse habe nur ich bzw. ein von mir befugter Personenkreis Zugriff.

ja  nein

## EINWILLIGUNG ZUM EMPFANG VON SVS-NEWSLETTER

Ich möchte in Zukunft automatisch über aktuelle Neuerungen der SVS informiert werden

ja  nein

Sollten Sie keine weiteren Zusendungen wünschen, können Sie Ihr Newsletter-Abo unter [www.svs.at](http://www.svs.at) jederzeit stornieren.

## SICHERHEITSFragen:

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

a) Vorname der Großmutter mütterlicherseits:

b) Mein Lieblingssport:

c) Tier, das ich NICHT mag:

(Bitte beantworten Sie ALLE Sicherheitsfragen)

TELEFONNUMMER:

(Vorwahl / Rufnummer)

Bitte legen Sie eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises bei!

Unterschrift

Datum (TTMMJJJJ)



Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter [svs.at/vvt](http://svs.at/vvt).