Formular drucken | Formular zurücksetzen

Wiener
Gebietskrankenkasse

Wienerbergstraße 15–19 • Postfach 6000 • 1100 Wien • Telefon: (+ 43 1) 601 22-0 • **www.wgkk.at** • DVR: 0023957
Öffnungszeiten: Mo bis Mi und Fr von 7.30 bis 14 Uhr, Do von 7.30 bis 16 Uhr • UID-Nr.: ATU 16250401

Antrag auf Bewilligung von Leistungen für pflegende Angehörige

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Versicherte/r

Familien- und Vorname/n

Versicherungsnummer | Lfd. Nr. | Geb.-Datum (Tag Mon. Jahr)

Wohnsitzadresse

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ rechtskräftig geschieden seit

Beziehen Sie Pflegegeld zumindest in Höhe der Pflegestufe 3? ..... ja ☐ nein ☐

Wenn ja, werden Sie von Ihrer/Ihrem Angehörigen unter ganz überwiegender Beanspruchung ihrer/seiner Arbeitskraft nicht erwerbsmäßig in häuslicher Umgebung gepflegt? ..... ja ☐ nein ☐

Angehörige/r

Familien- und Vorname/n

Versicherungsnummer | Lfd. Nr. | Geb.-Datum (Tag Mon. Jahr)

Wohnsitzadresse

Staatsangehörigkeit

Verwandtschaftsverhältnis (Angehörigeneigenschaft) zur/zum Versicherten

☐ Mutter/Vater ☐ Pflegemutter/Pflegevater ☐ Stieftochter/Stiefsohn ☐ Enkelin/Enkel
☐ Wahlmutter/Wahlvater ☐ Tochter/Sohn ☐ Pflegetochter/Pflegesohn ☐ sonstiges Verwandtschaftsverhältnis
☐ Stiefmutter/Stiefvater ☐ Wahltochter/Wahlsohn ☐ Schwester/Bruder welches?

Bezieht Ihr/e Angehörige/r ein Pflegegeld oder hat sie bzw. er Einkünfte, die wegen des besonderen körperlichen Zustandes gewährt werden (Blindenzulage, Versehrtenrente und dergleichen)? ..... ja ☐ nein ☐

Hat Ihr/e Angehörige/r eine eigene Krankenversicherung (Krankenfürsorge)? ..... ja ☐ nein ☐

Wenn ja, bitte Krankenkasse (Krankenfürsorgeeinrichtung) angeben:

Ist Ihr/e Angehörige/r
- freiberuflich tätiger Arzt
- Rechtsanwalt
- selbständiger Apotheker
- Patentanwalt
- Wirtschaftstreuhänder
- freiberuflich tätiger selbständiger Ingenieur
- Notar nach dem Notarversicherungsgesetz 1972

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche Kammer gehört Ihr/e Angehörige/r an?

Bezieht Ihr/e Angehörige/r eine Pension
- nach dem Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich Erwerbstätiger (FSVG)
- oder nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG)
- oder nach dem Notarversicherungsgesetz 1972
- oder als Hinterbliebene/r einer Pensionistin/eines Pensionisten nach dem genannten Bundesgesetz?

ja ☐ nein ☐

Übt Ihr/e Angehörige/r im Ausland eine Erwerbstätigkeit aus, die im Inland die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz oder einem Bundesgesetz begründen würde? ..... ja ☐ nein ☐

Bezieht Ihr/e Angehörige/r eine Pension aufgrund dieser Erwerbstätigkeit? ..... ja ☐ nein ☐

Ist Ihr/e Angehörige/r bei einer ausländischen diplomatischen (konsularischen) Vertretung oder einer in Wien ansässigen internationalen Organisation (zB UNIDO, UNOV, OPEC, IAEA, UNRWA) beschäftigt? ..... ja ☐ nein ☐

Wenn ja, bei welcher diplomatischen (konsularischen) Vertretung oder bei welcher internationalen Organisation wird die Beschäftigung ausgeübt?

Bezieht Ihr/e Angehörige/r eine Pension aufgrund dieser Beschäftigung? ..... ja ☐ nein ☐

Ich werde alle Änderungen der Anspruchsvoraussetzungen unverzüglich der Kasse bekannt geben. Sollte sich nachträglich herausstellen, dass meine Angaben nicht der Wahrheit entsprochen haben, verpflichte ich mich, den der Kasse dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen.

Datum | Telefonnummer | Unterschrift der/des Versicherten