



# ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

**Kontonummer**

## 1 Familienhospizkarenz

An-, Ab- und Änderungsmeldung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

Familienname (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad			
Vorname(n)		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit		

Beginn der Karenz	Tag	Monat	Jahr	Ende der Karenz	Tag	Monat	Jahr
Berichtigung des Beginns der Karenz	Tag	Monat	Jahr	Berichtigung des Endes der Karenz	Tag	Monat	Jahr

Kassenvermerke

- Karenz gegen Entfall des Entgelts
- Karenz bei Reduzierung der Arbeitszeit

Höhe des Entgelts (monatlich, brutto) vor Antritt der Familienhospizkarenz € .....

Höhe des Entgelts (monatlich, brutto) während der Familienhospizkarenz € .....

Änderung des Entgelts (monatlich, brutto) während der Familienhospizkarenz ab ..... € .....

Dienstgebername		Unterschrift und Stempel der/des Dienstgebers(in) bzw. der/des Bevollmächtigten
Betriebsart	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in	E-Mail:	
Bevollmächtigte(r)/Hersteller(in)	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	E-Mail:	
		Datum .....

HV – KV 012-1



# ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Durchschrift für den Dienstnehmer

**Kontonummer**

**2**

## Familienhospizkarenz

An-, Ab- und  
Änderungsmeldung

Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

Familienname (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad			
Vorname(n)		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit		

Beginn der Karenz	Tag	Monat	Jahr	Ende der Karenz	Tag	Monat	Jahr
Berichtigung des Beginns der Karenz	Tag	Monat	Jahr	Berichtigung des Endes der Karenz	Tag	Monat	Jahr

Kassenvermerke

- Karenz gegen Entfall des Entgelts
- Karenz bei Reduzierung der Arbeitszeit

Höhe des Entgelts (monatlich, brutto) vor Antritt der Familienhospizkarenz € .....

Höhe des Entgelts (monatlich, brutto) während der Familienhospizkarenz € .....

Änderung des Entgelts (monatlich, brutto) während der Familienhospizkarenz ab ..... € .....

Dienstgebername		Unterschrift und Stempel der/des Dienstgebers(in) bzw. der/des Bevollmächtigten
Betriebsart	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in	E-Mail:	
Bevollmächtigte(r)/Hersteller(in)	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	E-Mail:	
		Datum .....

HV – KV 012-2



# ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Durchschrift für den Dienstgeber

**Kontonummer**

## 3 Familienhospizkarenz An-, Ab- und Änderungsmeldung

Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

Familienname (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad			
Vorname(n)		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit		

Beginn der Karenz	Tag	Monat	Jahr	Ende der Karenz	Tag	Monat	Jahr
Berichtigung des Beginns der Karenz	Tag	Monat	Jahr	Berichtigung des Endes der Karenz	Tag	Monat	Jahr

Kassenvermerke

- Karenz gegen Entfall des Entgelts
- Karenz bei Reduzierung der Arbeitszeit

Höhe des Entgelts (monatlich, brutto) vor Antritt der Familienhospizkarenz € .....

Höhe des Entgelts (monatlich, brutto) während der Familienhospizkarenz € .....

Änderung des Entgelts (monatlich, brutto) während der Familienhospizkarenz ab ..... € .....

Dienstgebername		Unterschrift und Stempel der/des Dienstgebers(in) bzw. der/des Bevollmächtigten
Betriebsart	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in	E-Mail:	
Bevollmächtigte(r)/Hersteller(in)	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	E-Mail:	
		Datum .....

HV – KV 012-3

***Anschrift für die Rücksendung der Meldebestätigung***

*Name* .....

.....

*Straße* .....

*PLZ* ..... *Ort* .....