



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Beitragskontonummer

1 Familienhospizkarenz
An-, Ab- und
Änderungsmeldung

Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

Familienname/Nachname (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 €

Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers		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

Beitragskontonummer

2 Familienhospizkarenz

An-, Ab- und Änderungsmeldung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

Familienname/Nachname (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 €

Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers		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



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Durchschrift für den Dienstgeber

Beitragskontonummer

3 Familienhospizkarenz An-, Ab- und Änderungsmeldung

Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

Familienname/Nachname (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 €

Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers		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*