



# 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

<input type="checkbox"/> Karenz gegen Entfall des Entgelts  <input type="checkbox"/> Karenz bei Reduzierung der Arbeitszeit		Kassenvermerke
---	--	----------------

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* .....