



## ANTRAG auf ANGEHÖRIGENBONUS für pflegende Angehörige

Genauere Erläuterungen finden Sie auf beiliegendem Informationsblatt

Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen

Wollen Sie mehr Angaben machen, ergänzen Sie die Daten bitte auf einem zusätzlichen Blatt Papier.

<b>1</b>	<b>ANTRAGSTELLENDEN PERSON</b>		Versicherungsnummer	
Familiennamen				
Vorname		Titel		
Frühere Namen		Geburtsdatum		
Geschlecht		Staatsbürgerschaft		
Personenstand		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in (ehemaliger) eingetragener Partnerschaft		
Wohnadresse		Straße / Gasse / Platz		Hausnr./ Stiege/ Tür
		Postleitzahl	Ort	Land
Telefonnummer (mit Vorwahl)		E-Mail		

<b>2</b>	<b>ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE VERTRETENDE PERSON</b>			
Ich bin	<input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung betraut <small>(Obsorge, Vorsorgebevollmächtigung, gewählte, gesetzliche oder gerichtliche Erwachsenenvertretung, Kuratorium)</small>		<input type="checkbox"/> bevollmächtigt	
Nachweis		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
Familiennamen				
Vorname		Titel		
Wohnadresse		Straße / Gasse / Platz		Hausnr./ Stiege/ Tür
		Postleitzahl	Ort	Land
Telefonnummer (mit Vorwahl)		E-Mail		

<b>3</b>	<b>ZU PFLEGENDE PERSON</b>		Versicherungsnummer	
Familiename				
Vorname		Titel		
Frühere Namen		Geburtsdatum		
Geschlecht		Staatsbürgerschaft		
Wohnadresse		Straße / Gasse / Platz		Hausnr./ Stiege/ Tür
		Postleitzahl	Ort	Land

<b>4</b>	<b>NAHEVERHÄLTNIS ZU DER ZU PFLEGENDEN PERSON</b>
<p>Ich bin <input type="checkbox"/> der Ehegatte / die Ehegattin</p> <p><input type="checkbox"/> der eingetragene Partner / die eingetragene Partnerin</p> <p><input type="checkbox"/> der Lebensgefährte / die Lebensgefährtin</p> <p><input type="checkbox"/> der Sohn / die Tochter</p> <p><input type="checkbox"/> der Vater / die Mutter</p> <p><input type="checkbox"/> der Enkel / die Enkelin</p> <p><input type="checkbox"/> der Großvater / die Großmutter</p> <p><input type="checkbox"/> der Bruder / die Schwester</p> <p><input type="checkbox"/> der Neffe / die Nichte</p> <p><input type="checkbox"/> der Onkel / die Tante</p> <p><input type="checkbox"/> der Cousin / die Cousine</p> <p><input type="checkbox"/> der Schwiegersohn / die Schwiegertochter</p> <p><input type="checkbox"/> der Schwiegervater / die Schwiegermutter</p> <p><input type="checkbox"/> der Schwager / die Schwägerin</p> <p><input type="checkbox"/> das Wahlkind</p> <p><input type="checkbox"/> das Stiefkind</p> <p><input type="checkbox"/> das Pflegekind</p> <p><input type="checkbox"/> der Wahlelternteil</p> <p><input type="checkbox"/> der Stiefelternteil</p> <p><input type="checkbox"/> der Pflegeelternteil</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p>	

<b>5</b>	<p><b>ERKLÄRUNG ÜBER DIE PFLEGESITUATION</b></p> <p>Bitte füllen Sie die beiliegende Erklärung zur Pflegesituation <b>wahrheitsgemäß</b> aus und lassen Sie Ihre Angaben von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der zu pflegenden Person bzw.</li> <li>• den weiteren pflegenden Personen aus dem Kreis der nahen Angehörigen <b>bestätigen!</b></li> </ul>
----------	---

6 ANGABEN ÜBER IHR EINKOMMEN im vorangegangenen Kalenderjahr	
<p><b>Hatten Sie im vorangegangenen Kalenderjahr Einkünfte?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja bitte die folgenden Punkte ausfüllen</p> <p><input type="checkbox"/> nein weiter bei Punkt 7</p>	
Art der Einkünfte	Weitere Angaben
<p><b>Österreichische Pension / Rente oder Ruhebezug / Versorgungsbezug</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Österreichisches Pflegegeld</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja, in der Stufe ..... <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><input type="checkbox"/> aus der Pensionsversicherung bzw. Unfallversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Ruhebezug / Versorgungsbezug</p> <p>Auszahlende Stelle: .....</p> <p>.....</p>
<p><b>Pension / Rente oder Ruhebezug / Versorgungsbezug oder Pflegegeld von einem ausländischen Versicherungs-träger bzw. Versorgungsträger</b> (bitte Nachweise beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	<p>Auszahlende Stelle: .....</p> <p>.....</p> <p>Aktenzeichen: .....</p> <p>mtl. netto EUR .....</p> <p>Anzahl der Bezüge pro Jahr: .....</p>
<p><b>Unselbständige Erwerbstätigkeit</b> (bei ausländischer Erwerbstätigkeit bitte Nachweise beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>1. Dienstgeber (Name und Adresse)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	<p>Zeitraum der 1. Erwerbstätigkeit:</p> <p>von ..... bis .....</p> <p>Lohn/Gehalt:</p> <p><input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich</p> <p>netto EUR .....</p>
<p>2. Dienstgeber (Name und Adresse)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	<p>Zeitraum der 2. Erwerbstätigkeit:</p> <p>von ..... bis .....</p> <p>Lohn/Gehalt:</p> <p><input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich</p> <p>netto EUR .....</p>

<p><b>Selbständige Erwerbstätigkeit als Gewerbetreibender oder Neuer Selbständiger</b> (bei ausländischer Erwerbstätigkeit bitte Einkommensteuerbescheid bzw. die letzte Einkommensteuererklärung oder sonstige Nachweise beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Nachweis  <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	<p>Art / Funktion: .....</p> <p>.....</p> <p>Standort: .....</p> <p>.....</p> <p>Zeitraum von ..... bis .....</p> <p>(geschätzte) Einkünfte im vorangegangenen Kalenderjahr  mtl. netto EUR .....</p>
<p><b>Selbständige Erwerbstätigkeit in der Land(Forst)wirtschaft</b> (bei ausländischer Erwerbstätigkeit bitte Einheitswertbescheid[e], Verträge oder sonstige Nachweise beilegen)</p> <p>bewirtschafteter Grund: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Nachweis  <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	<p>Anschrift des Betriebes:  .....  .....</p> <p>Zeitraum von ..... bis .....</p> <p>Einheitswert der bewirtschafteten Fläche:  .....</p>
<p><b>Bezüge aufgrund einer politischen Funktion</b> nach bundesgesetzlichen oder landesgesetzlichen Bestimmungen (bitte Grundlage oder Bestätigung beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Nachweis  <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	<p>Auszahlende Stelle:  .....</p> <p>Zeitraum von ..... bis .....</p> <p>mtl. netto EUR .....</p>
<p><b>Sonstige Leistungen</b> (bei ausländischen Leistungen bitte Nachweise beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> Krankengeld, Rehabilitationsgeld, Wochengeld</p> <p><input type="checkbox"/> Übergangsgeld</p> <p><input type="checkbox"/> Taggeld, Familiengeld</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld, Umschulungsgeld, Weiterbildungsgeld, Notstandshilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Sonderunterstützung</p> <p><input type="checkbox"/> Pensionsvorschuss</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegekarenzgeld</p> <p><input type="checkbox"/> Familienhospizkarenz-Zuschuss</p> <p><input type="checkbox"/> Administrativpension, Überbrückungszahlung</p> <p><input type="checkbox"/> Wiedereingliederungsgeld</p> <p><input type="checkbox"/> Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit</p> <p>Nachweis  <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	<p>1. Auszahlende Stelle:  .....</p> <p>Zeitraum von ..... bis .....</p> <p>tgl. netto EUR .....</p> <p>mtl. netto EUR .....</p> <p>2. Auszahlende Stelle:  .....</p> <p>Zeitraum von ..... bis .....</p> <p>tgl. netto EUR .....</p> <p>mtl. netto EUR .....</p>

<p><b>Sonstige bisher nicht angeführte Einkünfte</b> (bitte Nachweise beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Nachweis  <input type="checkbox"/> liegt bei    <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	<p>Art der Einkünfte: .....</p> <p>.....</p> <p>Auszahlende Stelle:                  .....                  .....</p> <p>Zeitraum von ..... bis .....</p> <p>mtl. netto EUR .....</p>
--	---

7	ERGÄNZENDE ANGABEN
<p>Sollten die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Angehörigenbonus derzeit noch nicht erfüllt sein, besteht die Möglichkeit, den Antrag zu verschieben. Sind Sie mit der Verschiebung des Antragsdatums einverstanden, wenn dadurch eine Ablehnung vermieden werden kann?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>	

8	ANWEISUNG
<p><b>Leistungsbezug mit Anweisung auf ein Konto:</b>                  Wenn Sie bereits eine Leistung von uns beziehen, die auf ein Konto angewiesen wird, erhalten Sie auch den Angehörigenbonus auf dieses Konto.</p> <p><b>Leistungsbezug mit Barzahlung:</b>                  Wenn Sie bereits eine Leistung von uns beziehen, die bar ausgezahlt wird, erhalten Sie auch den Angehörigenbonus bar ausgezahlt.</p> <p>Wenn Sie möchten, dass wir Ihre Leistung und den Angehörigenbonus auf ein Konto anweisen, wenden Sie sich bitte an ein Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse etc.). Lassen Sie bitte den „Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung“ beim Geldinstitut ausstellen und senden diesen an uns.</p> <p><b>KEIN Leistungsbezug:</b>                  In diesen Fällen weisen wir den Angehörigenbonus auf das bei Finanz-Online gespeicherte Konto an. (Bitte kontrollieren Sie das bei Finanz-Online gespeicherte Konto.)</p> <p>Ist bei Finanz-Online kein Konto gespeichert, teilen Sie uns bitte mit, wie die Leistung ausgezahlt werden soll:</p> <p><input type="checkbox"/> Anweisung auf folgendes Konto:</p> <p style="margin-left: 20px;">Geldinstitut: .....</p> <p style="margin-left: 20px;">Kontoinhaber: .....</p> <p style="margin-left: 20px;">IBAN (Internationale Bank-Kontonummer): .....</p> <p style="margin-left: 20px;">BIC (Bank Identifikations Code): .....</p> <p><input type="checkbox"/> Barzahlung wird ausdrücklich beantragt</p>	

**9 ERKLÄRUNG**

- Ich habe das Informationsblatt gelesen und zur Kenntnis genommen.
- Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich jede Änderung des Wohnsitzes – wenn auch nur vorübergehend – sowie jede Änderung der Voraussetzungen für den Bezug und die Fortzahlung des Angehörigenbonus innerhalb von **vier Wochen** melden muss.
- Ich bin mir bewusst, dass unvollständige und falsche Angaben sowie eine Nichteinhaltung der Meldepflichten rechtliche Konsequenzen haben können.
- Ich bin darüber informiert, dass Leistungen, die aufgrund unrichtiger, unvollständiger oder verspäteter Angaben erbracht wurden, zurückgezahlt werden müssen.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Entscheidungsträger notwendige Auskünfte im Verfahren zur Feststellung des Angehörigenbonus bei den zuständigen Behörden, bei den Trägern der Sozialversicherung, bei Gerichten oder bei sonstigen in Betracht kommenden Stellen einholt.

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift der antragstellenden Person**

Folgende Unterlagen liegen bei:

.....

.....

.....

.....



## ERKLÄRUNG über die PFLEGESITUATION zum ANGEHÖRIGENBONUS für pflegende Angehörige

Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen

Wollen Sie mehr Angaben machen, ergänzen Sie die Daten bitte auf einem zusätzlichen Blatt Papier.

<b>1</b>	<b>ANTRAGSTELLENDEN PERSON</b>	Versicherungsnummer	
		[ ]	
Familiennamen		[ ]	
Vorname		Titel	[ ]

<b>2</b>	<b>ZU PFLEGENDE PERSON</b>	Versicherungsnummer	
		[ ]	
Familiennamen		[ ]	
Vorname		Titel	[ ]

<b>3</b>	<b>ANGABEN ÜBER DIE PFLEGESITUATION</b>
	Bitte füllen Sie die folgenden Fragen <b>wahrheitsgemäß</b> aus und lassen Sie die Angaben über die Pflegesituation von <ul style="list-style-type: none"> <li>• der zu pflegenden Person sowie</li> <li>• den weiteren pflegenden Personen aus dem Kreis der nahen Angehörigen <b>bestätigen!</b></li> </ul>

<b>3.1</b>	<b>PFLEGE IN HÄUSLICHER UMGEBUNG</b>	
Pflegeadresse	Straße / Gasse / Platz [ ]	Hausnr./ Stiege/ Tür [ ]
	Postleitzahl [ ]	Ort [ ]

Pflegen Sie die zu pflegende Person seit mindestens einem Jahr in häuslicher Umgebung?

ja, ich pflege seit mindestens einem Jahr in häuslicher Umgebung

nein  ich pflege in häuslicher Umgebung erst seit .....

ich pflege nicht in häuslicher Umgebung

**3.2 PFLEGE ALLEINE**

Pflegen Sie die zu pflegende Person **alleine**?

- ja, ich pflege alleine seit .....
- nein, ich pflege nicht alleine
- Bei der Pflege unterstützt / unterstützen mich (eine) weitere Person(en) aus dem Kreis der nahen Angehörigen der zu pflegenden Person.  
→ Bitte weitere Angaben unter Punkt 3.3
- Bei der Pflege unterstützt / unterstützen mich eine / mehrere Person(en), die nicht dem Kreis der nahen Angehörigen der zu pflegenden Person angehört / angehören (z.B. Pflegefachkraft).

**3.3 PFLEGE MIT WEITEREN NAHEN ANGEHÖRIGEN**

Pflegen Sie die zu pflegende Person **nicht alleine, aber aus dem Kreis der nahen Angehörigen überwiegend**?

- ja, ich pflege nicht alleine, aber aus dem Kreis der nahen Angehörigen überwiegend seit .....
- nein, ich pflege nicht alleine und aus dem Kreis der nahen Angehörigen auch nicht überwiegend

**Wer aus dem Kreis der nahen Angehörigen** pflegt die zu pflegende Person zusätzlich zu Ihnen?

Familienname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Versicherungsnummer	<input type="text"/>

Diese Person ist der / die ..... der zu pflegenden Person.  
zB Ehegatte/in, Sohn, Tochter, Vater, Mutter

Familienname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Versicherungsnummer	<input type="text"/>

Diese Person ist der / die ..... der zu pflegenden Person.  
zB Ehegatte/in, Sohn, Tochter, Vater, Mutter



**3.4 SELBSTVERSICHERUNG ODER WEITERVERSICHERUNG AUFGRUND DER PFLEGE DER ZU PFLEGENDEN PERSON**

Ist jemand aus dem Kreis der nahen Angehörigen aufgrund der Pflege der zu pflegenden Person in der Pensionsversicherung selbstversichert oder weiterversichert? Oder wurde eine solche **Selbstversicherung oder Weiterversicherung** beantragt?

ja → Bitte weitere Angaben machen:

Familienname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Versicherungsnummer	<input type="text"/>
Versicherungsträger der Selbstversicherung / Weiterversicherung	<input type="text"/>

nein

**4 ERKLÄRUNG DER ANTRAGSTELLENDEN PERSON**

- Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich jede Änderung des Wohnsitzes – wenn auch nur vorübergehend – sowie jede Änderung der Voraussetzungen für den Bezug und die Fortzahlung des Angehörigenbonus innerhalb von **vier Wochen** melden muss.
- Ich bin mir bewusst, dass unvollständige und falsche Angaben sowie eine Nichteinhaltung der Meldepflichten rechtliche Konsequenzen haben können.
- Ich bin darüber informiert, dass Leistungen, die aufgrund unrichtiger, unvollständiger oder verspäteter Angaben erbracht wurden, zurückgezahlt werden müssen.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Entscheidungsträger notwendige Auskünfte im Verfahren zur Feststellung des Angehörigenbonus bei den zuständigen Behörden, bei den Trägern der Sozialversicherung, bei Gerichten oder bei sonstigen in Betracht kommenden Stellen einholt.

<p>.....</p> <p><b>Datum</b></p>	<p>.....</p> <p><b>Unterschrift der antragstellenden Person</b></p>
----------------------------------	---

**Folgende Unterlagen liegen bei:**

.....

.....

.....

.....

5 ERKLÄRUNG DER ZU PFLEGENDEN PERSON	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich bestätige, dass die Angaben in dieser Erklärung richtig und vollständig sind.</li> <li>• Ich bin mir bewusst, dass unvollständige und falsche Angaben rechtliche Konsequenzen haben können.</li> <li>• Ich bin damit einverstanden, dass der Entscheidungsträger notwendige Auskünfte im Verfahren zur Feststellung des Angehörigenbonus bei den zuständigen Behörden, bei den Trägern der Sozialversicherung, bei Gerichten oder bei sonstigen in Betracht kommenden Stellen einholt.</li> </ul>	
..... <b>Datum</b>	..... <b>Unterschrift der zu pflegenden Person</b>

6 ERKLÄRUNG DER WEITEREN PFLEGENDEN PERSON(EN) aus dem Kreis der nahen Angehörigen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich bestätige, dass die Angaben in dieser Erklärung richtig und vollständig sind.</li> <li>• Ich bin mir bewusst, dass unvollständige und falsche Angaben rechtliche Konsequenzen haben können.</li> <li>• Ich bin damit einverstanden, dass der Entscheidungsträger notwendige Auskünfte im Verfahren zur Feststellung des Angehörigenbonus bei den zuständigen Behörden, bei den Trägern der Sozialversicherung, bei Gerichten oder bei sonstigen in Betracht kommenden Stellen einholt.</li> </ul>	
1) .....	1) .....
2) .....	2) .....
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift der weiteren pflegenden Person</b>

# ANGEHÖRIGENBONUS FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Personen, die nahe Angehörige pflegen, haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen Angehörigenbonus.

**Sie pflegen einen nahen Angehörigen mit Anspruch auf zumindest Pflegegeld der Stufe 4**

seit mindestens einem Jahr überwiegend in häuslicher Umgebung und Ihr monatliches Netto-Einkommen betrug im vergangenen Kalenderjahr durchschnittlich nicht mehr als 1.594,50 Euro (Wert 2025).

Der nahe Angehörige hatte in diesem Zeitraum einen Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 4.

Dann stellen Sie bitte bei jenem Versicherungsträger, von dem Ihr naher Angehöriger das Pflegegeld erhält, den Antrag auf

und sind in der Pensionsversicherung wegen der Pflege eines nahen Angehörigen oder eines behinderten Kindes selbst- oder weiterrsichert.

Dann erhalten Sie automatisch von dem Pensionsversicherungsträger, bei dem Sie selbst- oder weiterrsichert sind, den

**Angehörigenbonus**

## Wie hoch ist der Angehörigenbonus und wann erfolgt die Auszahlung

Der Angehörigenbonus wird monatlich in Höhe von 130,80 Euro (Wert 2025) ausbezahlt. Vom Angehörigenbonus wird kein Krankenversicherungsbeitrag abgezogen. Der Angehörigenbonus ist steuerfrei, unpfändbar und wird zB nicht auf die Ausgleichszulage, auf Hinterbliebenenleistungen oder die Mindestsicherung angerechnet.

Der Angehörigenbonus wird monatlich im Nachhinein ausbezahlt. Der Angehörigenbonus gebührt pro zu pflegender Person nur einmal. Auch wenn Sie mehrere Personen gleichzeitig pflegen, können Sie den Angehörigenbonus nur einmal erhalten.

## Wer ist naher Angehöriger

Als nahe Angehörige gelten

- ▶ der Ehegatte/die Ehegattin, der eingetragene Partner/die eingetragene Partnerin
- ▶ der Lebensgefährte/die Lebensgefährtin
- ▶ Eltern, Großeltern, Kinder, Enkelkinder sowie weitere Personen, die mit der zu pflegenden Person in gerader Linie verwandt sind
- ▶ Wahl-, Stief- und Pflegekinder/Wahl-, Stief- und Pflegeeltern
- ▶ Geschwister, Nefte, Nichte, Onkel, Tante, Cousin, Cousine sowie weitere Personen, die bis zum vierten Grad in der Seitenlinie verwandt sind
- ▶ Schwiegerkinder, Schwiegereltern, Schwager, Schwägerin sowie weitere verschwägerte Personen in gerader Linie und in der Seitenlinie bis zum vierten Grad. Verschwägert sind Personen, die durch Heirat oder eingetragene Partnerschaft mit jemandem verwandt sind.
- ▶ eine mit dem Versicherten nicht verwandte Person, die seit mindestens zehn Monaten mit ihm im gemeinsamen Haushalt lebt und ihm seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn ein im gemeinsamen Haushalt lebender arbeitsfähiger Ehepartner oder eingetragener Partner nicht vorhanden ist.

## Was bedeutet Pflege in häuslicher Umgebung

---

Darunter ist die Versorgung der zu pflegenden Person daheim, im familiären Umfeld zu verstehen. Bei vorübergehenden stationären Aufenthalten (zB Krankenhausaufenthalt, Übergangspflege, Anschlussheilverfahren) oder Aufenthalten in Tageseinrichtungen bleibt der Anspruch unverändert aufrecht. Das gilt auch, wenn Sie als pflegende Person zB aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes oder Urlaubes die Pflege vorübergehend nicht wahrnehmen können.

## Was bedeutet überwiegende Pflege

---

Von überwiegender Pflege spricht man, wenn ein naher Angehöriger die Pflege zum größten Teil erbringt. Die Inanspruchnahme sozialer Dienste (zB Hilfswerk, Caritas, Rotes Kreuz, Volkshilfe) ist grundsätzlich kein Hindernis für den Anspruch auf den Angehörigenbonus.

## Was ist das Netto-Einkommen

---

Für die Prüfung des durchschnittlichen monatlichen Netto-Einkommens ist grundsätzlich das Kalenderjahr vor der Antragstellung heranzuziehen. Dieses darf nicht mehr als 1.500 Euro monatlich betragen.

als Einkommen gelten zB	nicht als Einkommen gelten zB
<ul style="list-style-type: none"><li>• Erwerbseinkommen im In- und Ausland</li><li>• (wiederkehrende) Geldleistungen aus der gesetzlichen Sozialversicherung und Arbeitslosenversicherung</li><li>• (wiederkehrende) Geldleistungen aufgrund von Pensionsregelungen für Dienstverhältnisse zu öffentlich-rechtlichen Dienstgebern</li><li>• außerordentliche Versorgungsbezüge, Administrativpensionen und Überbrückungszahlungen auf Grund von Sozialplänen</li><li>• Bezüge aus ausländischen Versicherungs- oder Versorgungssystemen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausgleichszulage</li><li>• Pflegegeld</li><li>• Kinderzuschuss</li><li>• Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung</li><li>• Einkünfte aus Kapitalvermögen</li><li>• Leistungen von Pensionskassen</li><li>• Pensionen privater Dienstgeber</li><li>• Kinderbetreuungsgeld</li><li>• Beihilfen</li><li>• Einkommen der zu pflegenden Person</li></ul>

Vom gesamten Jahres-Bruttoeinkommen sind die Sozialversicherungsbeiträge, Kammerumlage, Wohnbauförderung und die Lohnsteuer oder Einkommensteuer in Abzug zu bringen. Als durchschnittliches monatliches Netto-Einkommen gilt ein Zwölftel des so ermittelten Betrages, auch dann, wenn im maßgeblichen Kalenderjahr nicht durchgehend ein Einkommen bezogen wurde.

## Welche Meldevorschriften sind zu beachten

---

Ab der Antragstellung bzw. während der Auszahlung des Angehörigenbonus sind alle Änderungen, die den Bezug bzw. die Fortzahlung des Angehörigenbonus betreffen, innerhalb von vier Wochen zu melden.

Insbesondere ist zu melden:

- ▶ eine Namensänderung
- ▶ ein Wohnsitzwechsel (wenn auch nur vorübergehend)
- ▶ jede Änderung des Einkommens des pflegenden Angehörigen
- ▶ den Beginn sowie das Ende der Selbst- oder Weiterversicherung für Zeiten der Pflege eines nahen Angehörigen/einer nahen Angehörigen
- ▶ das Ende der Pflege in häuslicher Umgebung
- ▶ die Aufnahme der zu pflegenden Person in ein Pflegeheim