

Antrag auf Versichertenrente

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

R100

Eingangsstempel

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	Datum der Antragstellung Tag Monat Jahr
---------------------	------------------------------	--

Bitte beifügen:

1 Beantragte Rente	Vordruck R210 Vordruck R240, sofern Sie vor dem 01.01.1955 geboren sind	75
<input type="checkbox"/> Rente wegen Erwerbsminderung		
<input type="checkbox"/> Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod	Vordruck R220 Vordruck R240, sofern Sie vor dem 01.01.1955 geboren sind Vordruck R660	45
<input type="checkbox"/> des geschiedenen Ehegatten / früheren Lebenspartners		
<input type="checkbox"/> des Ehegatten / Lebenspartners bei durchgeführtem Rentensplitting		
<input type="checkbox"/> Regelaltersrente wegen Vollendung des 65. Lebensjahres		16
<input type="checkbox"/> Altersrente für langjährig Versicherte wegen Vollendung des 63. Lebensjahres		63
<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> wegen Vollendung des 60. Lebensjahres für schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 2 Abs. 2 des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches	Schwerbehindertenausweis oder Anerkennungsbescheid Vordruck R240	62
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wegen Vollendung des 60. Lebensjahres für Berufsunfähige oder Erwerbsunfähige	Vordruck R210 Vordruck R240	
<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> wegen Arbeitslosigkeit	Unterlagen über Arbeitslosigkeit / Altersteilzeitarbeit Vordruck R240	17
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nach Altersteilzeitarbeit		
<input type="checkbox"/> Altersrente für Frauen wegen Vollendung des 60. Lebensjahres	Vordruck R240	18

Die Altersrente soll gezahlt werden als

Vollrente 1/3 Teilrente 1/2 Teilrente 2/3 Teilrente

Die beantragte Altersrente soll beginnen am

Tag	Monat	Jahr
01		

2 Angaben zur Person

Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname	Frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
Geburtsort (Kreis, Land)		
Straße, Hausnummer		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)
Wohnsitz am 18.05.1990 (Ort, Bundesland, Staat)		Letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland)
Zuzug aus dem Ausland?	Tag Monat Jahr	Ort, Gebiet, Staat
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		aus
Familienstand <input type="checkbox"/> nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verheiratet / wiederverheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend		

3 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts bitte beifügen.

Name, Vorname, Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)

In der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Postleitzahl Wohnort Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

4 Zahlungsweg

Bei Aufenthalt im Ausland oder bei Zahlung auf ein Konto im Ausland kann die unbare Zahlung nur mit Zahlungserklärung beantragt werden (Vordruck R851; wird ggf. übersandt).

Die Rente soll auf folgendes Konto überwiesen werden (IBAN / BIC vgl. Kontoauszug):

IBAN (International Bank Account Number) BIC (Bank Identifier Code)

D E

Geldinstitut (Name, Ort)

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)

5 Angaben zum Versicherungsverlauf

Haben Sie in einem Kontenklärungsverfahren bereits einen Versicherungsverlauf erhalten?

nein, bitte **Antrag auf Kontenklärung** (Vordruck V100) ausfüllen und beifügen **ja**, bitte alle weiteren Fragen beantworten und die Fragen der Ziffern **10 bis 14** beantworten

6 Beitragszeiten

Beweismittel bitte beifügen

6.1 Haben Sie **Beitragszeiten / Beschäftigungszeiten** im Bundesgebiet oder im Beitrittsgebiet zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** aufgeführt sind (z. B. als Lehrling, Arbeiter, Angestellter, Beschäftigter im Bergbau, Seemann, Selbständiger, Künstler, Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter ab 01.04.1999, freiwillig Versicherter)?

nein ja, bitte hier Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:

Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	Genaue Bezeichnung der Beschäftigung oder Tätigkeit (z. B. nicht Arbeiter sondern Bauhilfsarbeiter)	Arbeitgeber (Name, Sitz, Art des Betriebes) oder Vermerk "selbständig"	An welche Krankenkasse und zu welchem Rentenversicherungsträger wurden Beiträge gezahlt?

6.2 Sind Sie **geringfügig beschäftigt** (400,- EUR-Beschäftigung)?

nein ja

vom - bis Arbeitgeber (Name, Anschrift)

6.3 **Pflegen Sie** - nicht erwerbsmäßig - mindestens 14 Stunden wöchentlich **einen Pflegebedürftigen**, der Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung hat? Anzugeben sind Pflegezeiten frühestens **ab 01.04.1995**, die noch nicht im Versicherungsverlauf aufgeführt sind.

nein ja

vom - bis Name und Anschrift der Pflegekasse bzw. des Pflegeversicherungsunternehmens Aktenzeichen

Name, Vorname der zu pflegenden Person Geburtsdatum

6.4 Für welche Zeiten wurden nach Erteilung des **letzten** Versicherungsverlaufs keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt und aus welchem Grund (z. B. selbständig, versicherungsfrei usw.)?

vom - bis	Grund	vom - bis	Grund

6.5 Haben Sie Zeiten der **Berufsausbildung** (auch ohne Abschluss) zurückgelegt?

Angaben nur notwendig, wenn bisher kein Nachweis erfolgte.
Ggf. bitte alle vorhandenen Nachweise beifügen, z. B. Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief, Verdienstbescheinigung.

nein ja

vom - bis	Art der Berufsausbildung	Nachweise
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> sind beigefügt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> liegen nicht mehr vor

Beweismittel bitte beifügen

6.6 Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres **gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten**: Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

vom - bis Staat

nein ja

6.7 Haben Sie **im Ausland** Beiträge zu einem Versicherungsträger bzw. Versorgungsträger gezahlt, Zeiten einer gesetzlichen Versicherung zurückgelegt, Versorgungsanwartschaften erworben oder Dienstzeiten bei einem Organ der EU zurückgelegt? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte / gleichgestellte Personen, Selbständige, Landwirte).

vom - bis Versicherungsträger / Versorgungssystem

nein ja

Staat ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen Staatsangehörigkeit

6.8 Wurde Ihnen zuletzt **vor dem 01.01.1992** ein **Anerkennungsbescheid** über Zeiten nach dem Fremdrentengesetz oder dem Deutsch-polnischen Rentenabkommen vom 09.10.1975 erteilt?

nein ja, für Zeiten im Beitrittsgebiet bitte Vordruck V700 ausfüllen und beifügen,
für Zeiten in Polen bitte Vordruck V722 ausfüllen und beifügen,
für Zeiten in einem anderen Herkunftsland bitte Vordruck V710, ggf. V711 (für Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten),
ggf. V712 (für Rumänien) ausfüllen und beifügen.

7 **Ersatzzeiten**
(z. B. Zeiten der Krankheit oder unverschuldeten Arbeitslosigkeit im Anschluss an Zeiten des Gewahrsams, des Freiheitsentzuges in der ehemaligen DDR mit Rehabilitation, der Vertreibung, der Flucht, der Umsiedlung oder der Aussiedlung)

Haben Sie **Ersatzzeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

- betrifft nur Zeiten bis zum 31.12.1991 -

nein ja, **bitte Vordruck V400 ausfüllen und beifügen**

8 **Anrechnungszeiten**
(z. B. Arbeitsunfähigkeit, Krankheit zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben, Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen, Arbeitslosigkeit oder Leistungen von der Agentur für Arbeit, Meldung bei der Agentur für Arbeit nach Vollendung des 17. Lebensjahres als Ausbildungsuchender, nach Vollendung des 17. Lebensjahres liegende weitere Schulausbildung oder Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme)

8.1 Haben Sie **Anrechnungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

nein ja, **bitte Vordruck V410 ausfüllen und beifügen**

8.2 Hat während Zeiten der Arbeitslosigkeit die **Agentur für Arbeit, eine Kommune oder eine Arbeitsgemeinschaft Beiträge** an eine Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, an ein Versicherungsunternehmen oder an Sie selbst gezahlt?

vom - bis

nein ja

9 **Angaben zu Kindern**

9.1 Machen Sie Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend?

nein ja, **bitte Vordruck V800 ausfüllen und beifügen.** Kein Antrag, weil sowohl Kindererziehungszeiten als auch Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung bereits bei mir oder bei einem anderen Berechtigten **anerkannt** worden sind.

9.2 Machen Sie Zeiten der **nicht** erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres geltend? - **frühestens ab dem 01.01.1992** -

vom - bis Kindschaftsverhältnis **Bitte Bescheid über Pflegeleistungen beifügen**

nein ja leibliches Kind Pflegekind zum Haushalt gehörendes Stiefkind

10 **Sonstige Angaben**

10.1 Haben Sie Anwartschaft oder Anspruch auf **eigene Versorgung** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?

Versorgungsdienststelle, Aktenzeichen

nein ja **Festsetzungsblatt über die ruhegehalt-fähigen Dienstzeiten bitte beifügen.**

10.2 Beziehen oder bezogen Sie bereits eine **Rente aus eigener Versicherung** oder haben Sie eine solche beantragt (auch im Ausland)?

vom - bis beantragt am ggf. Grund der Ablehnung

nein ja Versicherungsträger, Versicherungsnummer bzw. Rentenzeichen

10.3 Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung
 Stehen Sie in einem Beschäftigungsverhältnis?
 nein ja

Erzielen Sie steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit)?
 nein ja

Sind Sie Abgeordneter oder stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (z. B. als Minister)?
 nein ja

Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbssatzeinkommen (z.B. Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld, Insolvenzgeld, Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer, Existenzgründungszuschuss / Überbrückungsgeld / Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit, Überbrückungsgeld der Seemannskasse, Übergangsleistung bei Maßnahmen gegen Berufskrankheiten, vergleichbare Leistungen von einer Stelle im Ausland) oder haben Sie eine der genannten Leistungen beantragt? Bitte auch dann beantworten, wenn die Leistung ruht oder Einkommen angerechnet wird.
Bezugszeitraum vom - bis bzw. Antragsdatum, Art der Leistung, zahlende Stelle (Name, Anschrift, Aktenzeichen)
 nein ja

10.4 Bei Antrag auf Altersrente
Angaben zu dem Zeitraum bis zum Rentenbeginn
 Erzielen Sie innerhalb dieses Zeitraumes beitragspflichtige Einnahmen (ggf. auch aus geringfügiger Beschäftigung)?
 nein ja, bitte weitere Angaben machen

Arbeitsentgelt / Vorruhestandsgeld
 bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

Die **Gesonderte Meldung** (Vordruck R250) wurde / wird durch mich angefordert soll angefordert werden

Sozialleistung (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II)
Art der Leistung Name / Anschrift der zahlenden Stelle, Aktenzeichen

bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

nicht erwerbsmäßig ausgeübte Pflegetätigkeit mit Beitragszahlung einer Pflegekasse / eines privaten Versicherungsunternehmens
 bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

Werden Sie ab Rentenbeginn Abgeordnetenbezüge (Diäten) erzielen?
 nein ja

Die **Bescheinigung / Erklärung** (Vordruck R230)
 ist beigefügt. wurde ausgehändigt.

Bei Antrag auf Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze
 Haben Sie die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft beantragt?
am bei welcher Stelle? Aktenzeichen
 nein ja

Werden Sie ab Rentenbeginn Arbeitsentgelt oder steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit) oder Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (z. B. als Minister) erzielen?
 nein ja

Die **Bescheinigung / Erklärung** (Vordruck R230)
 ist beigefügt. wurde ausgehändigt.

10.5 Wurde ein **Verfahren zum Versorgungsausgleich** wegen Ehescheidung / Aufhebung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft ausgesetzt, weil Anrechte aus den neuen und alten Bundesländern zu verrechnen sind?
 nein ja

Wurde ein **Versorgungsausgleich** wegen Ehescheidung / Aufhebung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft durchgeführt?
 nein ja

Lebt der frühere Ehegatte / Lebenspartner noch?
letzte Anschrift
 nein ja nicht bekannt

Sind Sie Ihrem früheren Ehegatten / Lebenspartner zum Unterhalt verpflichtet oder haben Sie diesem eine Unterhaltsabfindung gezahlt?
 nein ja Unterhaltstitel / Unterhaltsvereinbarung und Zahlungsnachweis bitte beifügen.

10.6 Ist die zum Rentenanspruch führende **Erwerbsminderung / Schwerbehinderung** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?
 nein ja, Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck R870) bitte ausfüllen und beifügen.
 Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden. (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?
am bei welcher Stelle? Aktenzeichen
 nein ja

10.7 Haben Sie auf einem **Rheinschiff** eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt?
vom - bis Berufsbezeichnung Sitz des Arbeitgebers
 nein ja

10.8 Haben Sie Zeiten nach dem Fremdrengengesetz zurückgelegt?
 nein ja, **bitte Vordruck R860 ausfüllen und beifügen**, wenn Sie nach dem 06.05.1996 nach Deutschland zugezogen sind
 ja, oder sich im Ausland aufhalten

10.9 Sind Sie anerkannter Verfolgter im Sinne des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet (Berufliches Rehabilitierungsgesetz)?
 nein ja, Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde ist beigefügt Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden.

11 Andere Leistungen

Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

Art der Leistung	nein	ja	Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am, zahlende Stelle, Aktenzeichen
11.1 Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum)
11.2 Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unfalltag, Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)
Wurde eine Unfallrente abgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unfalltag Jahr der Abfindung
11.3 Arbeitsentgelt für eine Zeit, in der eine Beschäftigung tatsächlich nicht mehr ausgeübt wird oder wurde (z. B. nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz, Dienstbezüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.4 Vorruhestandsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.5 Krankengeld von einer Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liegt der Rentenanspruchstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.6 Übergangsgeld von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger, Verletzungsgeld von der Berufsgenossenschaft; Versorgungskrankengeld vom Versorgungsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
11.7 Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II*, Sozialgeld*, Einstiegs geld*, Eingliederungshilfe, Entgeltssicherung für ältere Arbeitnehmer, Unterhaltsgeld, Übergangsbeihilfe, Gründungszuschuss, Aufstockungsbeträge zum Arbeitsentgelt bei Altersteilzeitarbeit von der Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer Arbeitsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
Liegt der Rentenanspruchstellung eine Aufforderung der Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer Arbeitsgemeinschaft zugrunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.8 Unterhaltshilfe nach dem Lastenausgleichsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.9 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.10 Sozialhilfe*, Grundsicherung* vom Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
11.11 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.12 Elterngeld von den Elterngeldstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.13 Leistungen von der Landwirtschaftlichen Alterskasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
11.14 Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei Hochschulbesuch: Name, Anschrift des zuständigen Studentenwerks
11.15 Krankenbezüge / Krankengeldzuschuss von einem Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.16 Jugendhilfe nach dem Achten Buch des Sozialgesetzbuches - Kinder- und Jugendhilfe -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.17 Sonstige Leistungen (z. B. Kriegsopferfürsorge, nach dem Unterhaltssicherungsgesetz, vom Träger der Zusatzversorgung im Schornsteinfegerhandwerk, von der Arbeitsgemeinschaft der Träger der gesetzl. Kranken- und Rentenversicherung in Bochum, Versorgungsleistung nach § 9 AAÜG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung

* Die Angaben zum Arbeitslosengeld II, zum Sozialgeld und zum Einstiegs geld (Ziffer 11.7) sowie zur Sozialhilfe und zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Ziffer 11.10) sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte Angehörige** Leistungen nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches - Grundsicherung für Arbeitsuchende - oder nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches - Sozialhilfe - erhalten oder erhalten haben.

12 Kinderzuschuss

Beantragen Sie Kinderzuschuss?

nein ja bitte Vordruck R190 ausfüllen und beifügen

Bitte beachten:
Kinderzuschuss kann nur für ein Kind gezahlt werden, für das Sie bereits vor dem 01.01.1984 einen solchen Anspruch hatten.

13 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

13.1 Bei welcher **gesetzlichen Krankenkasse** erfolgt die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"?

Krankenkasse / Verwaltungsstelle (Name, Anschrift)

Die Meldung zur KVdR (Vordruck R810)

ist beifügt. wird nachgereicht. wurde weitergeleitet.

13.2 Beantragen Sie einen **Zuschuss** zu den Aufwendungen für eine **freiwillige** Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder für die Versicherung bei einem **privaten** Krankenversicherungsunternehmen?

weiter bei nein, Ziffer 14 ja, bitte die weiteren Fragen beantworten

Wird zu einer weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser beantragt?

nein ja

Besteht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beanspruchen, Versicherungspflicht bei einer deutschen oder einer ausländischen **gesetzlichen** Krankenkasse?

Name und Anschrift der Krankenkasse sowie Grund der Versicherungspflicht

nein ja

Bitte ab hier nur ausfüllen, wenn Sie privat krankenversichert sind.

Sollen Beitragsaufwendungen bei einer privaten Krankenversicherung für Familienangehörige berücksichtigt werden?

Familienangehöriger (Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis)

nein ja

Höhe des mtl. Gesamteinkommens (EUR) des / der Familienangehörigen

Ist der Familienangehörige Rentner?

seit

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

nein ja

Bitte Vordruck R821 vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ausfüllen lassen.

Der Vordruck R821 ist beifügt. wird nachgereicht. wurde weitergeleitet.

14 Pflegeversicherung

Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? (Das heutige Alter des Kindes ist hier ohne Bedeutung.)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

nein

ja

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / Adoptivkind

Stiefkind

Pflegekind

Kind, das mit Ihnen durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft verbunden ist / war, sofern es nicht gegen Vergütung aufgenommen wurde.

Nachweise benötigen wir **nicht**, wenn die **Angaben** in diesem Antrag **bestätigt** werden oder das Versicherungskonto Kindererziehungszeiten bzw. Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung enthält.

Ansonsten benötigen wir wahlweise z. B. (ggf. in Kopie): Nachweis über Geburt des Kindes, über Kindergeldzahlung oder über Vaterschaft, bei einem **Stiefkind** auch Heiratsurkunde und Bestätigung der Meldebehörde über die häusliche Gemeinschaft, bei einem **Pflegekind** auch Bescheinigung über Anerkennung des Pflegekindschaftsverhältnisses und Bescheinigung über die häusliche Gemeinschaft.

15 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden und zwar

als Großdruck

in Braille (Kurzschrift)

in Braille (Vollschrift)

als CD (Schrift- / Textdatei)

als Hörmedium (Kassette)

als Hörmedium (CD-DAISY Format)

16 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn

- eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen bzw. nach Arbeitsunfähigkeit wieder ausgeübt wird oder
- sich eine Änderung der Höhe des Arbeitsentgelts oder des Arbeitseinkommens / steuerrechtlichen Gewinns ergibt oder
- ein kurzfristiges Erwerbserwerbseinkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 11 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger zur Beschleunigung des Rentenverfahrens

- frühestens drei Monate vor Rentenbeginn eine Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen für abgelaufene Zeiträume von der zuständigen Stelle (z. B. Arbeitgeber, Agentur für Arbeit bzw. Kommune oder Arbeitsgemeinschaft, Krankenkasse, Pflegekasse) anfordert,
- für den weiteren Zeitraum ggf. bis zum Rentenbeginn die entsprechenden voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen (maximal für drei Monate) hochrechnet und
- diese der Rentenberechnung zugrunde legt.

Sollten die tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen von den hochgerechneten Beträgen abweichen, können diese erst bei einer später zu zahlenden Rente berücksichtigt werden.

Mir ist bekannt, dass ich einen Antrag auf Altersrente für schwerbehinderte Menschen auch dann stellen kann, wenn die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft zwar beantragt, aber noch nicht abgeschlossen ist. Der Nachweis über die Schwerbehinderteneigenschaft kann nachgereicht werden. Eine spätere Antragstellung kann unter Umständen dazu führen, dass die Altersrente für schwerbehinderte Menschen überhaupt nicht gezahlt werden kann.

Wenn ein Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung gestellt wird, **verpflichte ich mich** darüber hinaus, dem Rentenversicherungsträger die nachfolgenden Sachverhalte **unverzüglich anzuzeigen**:

- a) die Beendigung oder das Ruhen der Versicherung, zu der der Zuschuss gezahlt wird (z. B. bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz oder bei Auslandsaufenthalt),
- b) jede Veränderung der Beitrags- oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
- c) den Beginn einer Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. durch die Aufnahme einer Beschäftigung, durch den Antrag auf eine weitere Rente, durch den Bezug von Übergangsgeld wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II),
- d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. bei Wohnsitzverlegung ins Ausland),
- e) die "Einschreibung" als Leistungsberechtigter bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse aufgrund der Rente eines anderen Staates, in dem die VO (EWG) Nr. 1408/71 gilt (das sind die Mitgliedstaaten der EU sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz) und
- f) jede Änderung in den Verhältnissen des Familienangehörigen, dessen Beitragsaufwendungen bei der Zuschusszahlung berücksichtigt werden (eigene Rentenberechtigung, Eintritt von Versicherungspflicht in der deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung, Änderungen der Beitragsaufwendungen oder des Gesamteinkommens).

Das Merkblatt über die KVdR habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Anlagen

Vordruck R990 bitte beifügen

Bestätigungsvermerk		
Die Angaben zur Person der Rentenbewerberin / des Rentenbewerbers werden bestätigt durch		
<input type="checkbox"/> Geburts- / Abstammungsurkunde	<input type="checkbox"/> gültigen Personalausweis	<input type="checkbox"/> gültigen Reisepass
Das Kindschaftsverhältnis (siehe Ziffer 14) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:		
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes	<input type="checkbox"/> Familienbuch / -stammbuch	
<input type="checkbox"/>		
Es ist beigefügt:		
<input type="checkbox"/>		
Dienststempel	Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden	