

## 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](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) zur Verfügung.

# R100

Eingangsstempel

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

**Bitte beifügen:**

<b>1</b> <b>Beantragte Rente</b>	<b>Vordruck R210</b> <b>Vordruck R240, sofern Sie vor dem 01.01.1955 geboren sind</b>	<b>75</b>
<input type="checkbox"/> Rente wegen Erwerbsminderung		
<input type="checkbox"/> Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod	<b>Vordruck R220</b> <b>Vordruck R240, sofern Sie vor dem 01.01.1955 geboren sind</b> <b>Vordruck R660</b>	<b>45</b>
<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		<b>16</b>
<input type="checkbox"/> Altersrente für langjährig Versicherte wegen Vollendung des 63. Lebensjahres		<b>63</b>
<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	<b>Schwerbehindertenausweis oder Anerkennungsbescheid</b> <b>Vordruck R240</b>	<b>62</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wegen Vollendung des 60. Lebensjahres für Berufsunfähige oder Erwerbsunfähige	<b>Vordruck R210</b> <b>Vordruck R240</b>	
<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> wegen Arbeitslosigkeit	<b>Unterlagen über Arbeitslosigkeit / Altersteilzeitarbeit</b> <b>Vordruck R240</b>	<b>17</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nach Altersteilzeitarbeit		
<input type="checkbox"/> Altersrente für Frauen wegen Vollendung des 60. Lebensjahres	<b>Vordruck R240</b>	<b>18</b>

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	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
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
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am			
		Ort, Gebiet, Staat	
		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	



**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 ruhegehaltfähigen 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 Pflege Tätigkeit 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 Fremdrentengesetz 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 <b>Hinterbliebenenrente</b> aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum)
11.2 Leistungen aus der gesetzlichen <b>Unfallversicherung</b> 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 <b>Arbeitsentgelt</b> 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 <b>Vorruhestandsgeld</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.5 <b>Krankengeld</b> 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 <b>Übergangsgeld</b> von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger, <b>Verletzungsgeld</b> von der Berufsgenossenschaft; <b>Versorgungskrankengeld</b> vom Versorgungsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
11.7 <b>Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II*, Sozialgeld*, Einstiegs geld*, Eingliederungshilfe, Entgeltssicherung für ältere Arbeitnehmer, Unterhaltsgeld, Übergangsbeihilfe, Gründungszuschuss, Aufstockungsbeträge zum Arbeitsentgelt bei Altersteilzeitarbeit</b> 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 <b>Unterhaltshilfe</b> nach dem Lastenausgleichsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.9 <b>Versorgungsrente</b> vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.10 <b>Sozialhilfe*, Grundsicherung*</b> vom Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
11.11 <b>Kinderzuschlag</b> zum Kindergeld von der Familienkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.12 <b>Elterngeld</b> von den Elterngeldstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.13 <b>Leistungen</b> von der <b>Landwirtschaftlichen Alterskasse</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
11.14 <b>Ausbildungsförderung</b> nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei Hochschulbesuch: Name, Anschrift des zuständigen Studentenwerks
11.15 <b>Krankenbezüge / Krankengeldzuschuss</b> von einem Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.16 <b>Jugendhilfe</b> nach dem Achten Buch des Sozialgesetzbuches - Kinder- und Jugendhilfe -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.17 <b>Sonstige Leistungen</b> (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.

