

Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

Eingangsstempel

Antrag auf Hinterbliebenenrente

R0500

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (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 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (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). Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

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

1 Beantragte Rente

<input type="checkbox"/>	Kleine Witwenrente / Witwerrente		20
<input type="checkbox"/>	Große Witwenrente / Witwerrente wegen Vollendung des maßgebenden Lebensalters		21
<input type="checkbox"/>	Große Witwenrente / Witwerrente vor Vollendung des maßgebenden Lebensalters wegen Erziehung eines minderjährigen Kindes oder Sorge für ein behindertes Kind (das Alter des behinderten Kindes ist hierbei ohne Bedeutung)	Beweismittel bitte beifügen	21
<input type="checkbox"/>	Große Witwenrente / Witwerrente vor Vollendung des maßgebenden Lebensalters wegen Erwerbsminderung Wenn keine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen wird oder beantragt ist:	Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen	21
<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente an den geschiedenen Ehegatten	Vordruck R0630 bitte beifügen	21
<input type="checkbox"/>	Halbwaisenrente	Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde und Vordruck R0610 bitte beifügen	25
<input type="checkbox"/>	Vollwaisenrente	Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde und Vordruck R0610 bitte beifügen	26



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)																												
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												

2 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Sterbeurkunde bitte beifügen (nur erforderlich, wenn das Sterbedatum nicht unter Ziffer 18 bestätigt wurde)

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers		
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Geburtsort (Kreis, Land)			Sterbedatum
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat) - Bei Tod vor dem 18.5.1990: letzter Wohnsitz			
Zuzug aus dem Ausland?	Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am			
aus		Ort, Gebiet, Staat	
nach		Ort, Bundesland	

3 Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin /

des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise - bei Waisenrente nur, wenn **keine** Witwenrente / Witwerrente beantragt wird

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers		
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Geburtsort (Kreis, Land)			
Straße, Hausnummer			telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Adresszusatz			Telefax (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort		
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat)		letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland)	



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

noch Ziffer 3

Zuzug aus dem Ausland?

nein ja, am

Tag	Monat	Jahr

 aus

Ort, Gebiet, Staat
Ort, Bundesland

 nach

persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.1 Sind / Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert?
Versicherungsträger

nein ja

3.1.1 Wurde eine Versicherungsnummer vergeben?

nein ja

Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen																			

Bei Antrag auf Witwenrente / Witwerrente

3.2 In welchem Partnerschaftsverhältnis lebten Sie mit der verstorbenen versicherten Person?

Ehe
 Eingetragene Lebenspartnerschaft

3.2.1 Tag der Eheschließung / Begründung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft mit der verstorbenen versicherten Person (Bei Umwandlung einer Lebenspartnerschaft in eine Ehe bitte den Tag der Begründung der Lebenspartnerschaft angeben.)

Tag Monat Jahr

--	--	--

3.2.2 Bestand diese Ehe / die Eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod der versicherten Person?

nein ja

3.2.3 Haben Sie nach dem Tod der versicherten Person **wieder geheiratet / eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet?**

nein, bitte weiter bei Ziffer 4
 ja, am

Tag	Monat	Jahr

3.2.4 Besteht diese Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft weiterhin?

Datum der Auflösung der Ehe / Lebenspartnerschaft oder des Todes des Ehegatten / Lebenspartners
 nein

bitte Vordruck R0620 ausfüllen und beifügen

ja, bitte weiter bei Ziffer 15



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;"></div><div style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></div></div>	

4 Antragstellung durch andere Personen
Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

**Vollmacht oder Beschluss des
Gerichts bitte beifügen**

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)	
in der Eigenschaft als	
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Adresszusatz	Telefax (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort

5 Zahlungsweg

<input type="checkbox"/> Die Rente soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte):	
IBAN (International Bank Account Number)	
D E <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Geldinstitut (Name)	
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)	

- Die Rente soll auf ein Konto außerhalb Deutschlands überwiesen werden.
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung **Vordruck A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.**

Bei Wohnsitz außerhalb Deutschlands:

Soll die Zahlung auf das deutsche Konto einer Vertrauensperson erfolgen, **bitte Vordruck A1313 ausfüllen und beifügen.**



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

6 Beitragszeiten im Inland

(für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 6.2)

Beweismittel bitte beifügen

6.1 Hat der Versicherte **Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehrdienstleistender oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?

nein

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

Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	genaue Bezeichnung der Tätigkeit	Arbeitgeber / Dienstherr (Name, Anschrift), Vermerk "selbständig" oder zu pflegende Person (Name, Vorname, Geburtsdatum)	zuständige Krankenkasse oder Pflegekasse

6.2 Hat der Versicherte Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein ja, **bitte Vordruck V0700 ausfüllen und beifügen**

6.3 Hat der Versicherte Zeiten der **Berufsausbildung** (auch ohne Abschluss) zurückgelegt?

nein ja, weitere Angaben sind nur erforderlich, wenn diese Zeiten im Versicherungsverlauf noch nicht als "**berufliche Ausbildung**" gekennzeichnet sind

vom - bis

Tag der Abschlussprüfung

Art der Berufsausbildung

vom - bis

Tag der Abschlussprüfung

Art der Berufsausbildung

Nachweise (zum Beispiel Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief, Verdienstbescheinigung)

sind beigelegt liegen nicht mehr vor werden nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7 Zeiten im Ausland

Beweismittel bitte beifügen

7.1 Hat der Versicherte Zeiten im Ausland (einschließlich Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts) zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein, bitte weiter bei Ziffer 8

ja

7.2 Hat der Versicherte im Ausland Beiträge zu einem Versicherungsträger beziehungsweise Versorgungsträger gezahlt, Zeiten einer gesetzlichen Versicherung zurückgelegt, Versorgungsanwartschaften erworben oder Dienstzeiten bei einem Organ der Europäischen Union (EU) zurückgelegt? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte / gleichgestellte Personen, Selbständige, Landwirte).

vom - bis

nein ja

Versicherungsträger / Versorgungssystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

7.3 Hat sich der Versicherte nach Vollendung des 15. Lebensjahres in Dänemark, Griechenland oder in den Niederlanden beziehungsweise nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

vom - bis

nein ja

Staat

7.4 War der Versicherte Vertriebener / Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?

nein ja, für Zeiten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind, **bitte Vordruck V0710** für Zeiten in Albanien, Bulgarien, Ungarn, China, Jugoslawien, der Tschechoslowakei oder deren Nachfolgestaaten, **Vordruck V0711** für Zeiten in der Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten, **Vordruck V0712** für Zeiten in Rumänien, **Vordruck V0720** für Zeiten in Polen **ausfüllen und beifügen**, bitte weiter bei Ziffer 8

7.5 Hat der Versicherte Beitragszeiten und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein, bitte weiter bei Ziffer 8

ja

7.5.1 Haben Sie sich am 31.12.1990 und seitdem ununterbrochen gewöhnlich in Deutschland aufgehalten?

nein ja, **bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen**



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

8 Anrechnungszeiten

(zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)

8.1 Hat der Versicherte **Anrechnungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein ja, **bitte Vordruck V0410 ausfüllen und beifügen**

9 Angaben zu Kindern

9.1 Machen Sie **für den Versicherten** Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend?

nein ja, **bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen**

Kein Antrag, weil sowohl Kindererziehungszeiten als auch Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung bereits beim Versicherten oder bei einem anderen Berechtigten **anerkannt** worden sind.

9.2 Machen Sie **für den Versicherten** Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres geltend (frühestens ab dem 1.1.1992), die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

vom - bis

nein ja

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / Adoptivkind Pflegekind

zum Haushalt gehörendes Stiefkind

bitte Bescheid über Pflegeleistungen beifügen

Bitte nur ausfüllen bei **Witwenrente / Witwerrente**, wenn die **Ehe / Lebenspartnerschaft**

- nach dem **31.12.2001** geschlossen wurde oder

- vor dem **1.1.2002** geschlossen wurde und beide Ehegatten / Lebenspartner nach dem **1.1.1962** geboren sind

9.3 Haben **Sie selbst** Kinder vor deren vollendetem 3. Lebensjahr erzogen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 10

ja, ich habe ____ Kind / Kinder erzogen

9.3.1 Wurden für jedes Kind bereits Berücksichtigungszeiten anerkannt / beantragt?

nein, **bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen**

ja bei mir selbst

beim Versicherten

bei einem anderen Berechtigten



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

10 Sonstige Angaben

Bitte ausfüllen, wenn der Versicherte bis zum Tode eine Rente bezogen hat

10.1 Haben Sie eine Vorschusszahlung ("Sterbevierteljahr") beantragt?

am

nein ja, _____ bei der Deutschen Post AG, Niederlassung Renten Service
 knappschaftlichen Rentenversicherung

10.2 Haben Sie einen Anspruch auf **Hinterbliebenenversorgung** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?

Versorgungsdienststelle

nein ja _____
Aktenzeichen

Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten

ist beigefügt liegt nicht vor wird nachgereicht

10.3 Haben Sie bereits **Hinterbliebenenrente** bezogen (auch im Ausland)?

vom - bis

nein ja _____
Versicherungsträger

Versicherungsnummer beziehungsweise Rentenzeichen

bitte Bescheid beifügen

10.4 Ist der Tod des Versicherten durch **Unfall** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.5
Unfalltag

ja _____
Unfallursache / Todesursache

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

bitte Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck R0870) ausfüllen und beifügen

10.4.1 Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

am

nein ja _____
bei welcher Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--

10.5 Ist der Tod des Versicherten durch Arbeitsunfall oder Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, militärischen oder militärähnlichen Dienst, unmittelbare Kriegseinwirkung, Verfolgungsmaßnahmen des Nationalsozialismus, Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes (HHG), Internierung, Vertreibung oder Flucht verursacht worden?

Ursache

nein ja

anerkannt von

Aktenzeichen

10.6 Hat der Versicherte **Zeiten nach dem Fremdrentengesetz (FRG)** zurückgelegt, weil er beispielsweise als Vertriebener oder Spätaussiedler anerkannt wurde?

nein ja,

bitte Vordruck R0860 ausfüllen und beifügen, wenn Sie nach dem 6.5.1996 nach Deutschland zugezogen sind oder sich im Ausland aufhalten,

Vordruck R0865 ausfüllen und beifügen, wenn der Versicherte in Russland gearbeitet hat.

Bitte ausfüllen, wenn die große Witwenrente / Witwerrente wegen Erwerbsminderung beantragt wird

10.7 Ist Ihre Erwerbsminderung ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.8

Unfalltag

ja

Unfallursache

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

bitte Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (**Vordruck R0870**) **ausfüllen und beifügen**

10.7.1 Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

am

nein ja

bei welcher Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte ausfüllen, wenn beide Ehegatten / die früheren Ehegatten vor dem 1.1.1936 geboren sind und die Ehe vor dem 1.1.1986 geschlossen wurde

10.8 Wurde gegenüber einem Rentenversicherungsträger / Unfallversicherungsträger eine **gemeinsame Erklärung** abgegeben, dass die **am 31.12.1985 geltenden Rechtsvorschriften** für eine Rente an Witwen, Witwer, frühere Ehegatten **anzuwenden** sind?

Versicherungsträger (Name, Anschrift)

nein ja

Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Bitte ausfüllen, wenn Witwenrente beantragt und Ziffer 10.8 bejaht wird oder wenn die Versicherte vor dem 1.1.1986 verstorben ist

10.9 Hat die Versicherte den Unterhalt ihrer Familie **überwiegend** bestritten?

nein ja,

bitte Vordruck R0690 ausfüllen und zusammen mit **Unterhaltsnachweisen beifügen**

Bitte ausfüllen, wenn Witwenrente / Witwenrente beantragt wird und die Ehe nach dem 31.12.2001 geschlossen / die Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem 31.12.2001 begründet wurde

10.10 Hat die Ehe / Lebenspartnerschaft mindestens ein Jahr gedauert?

nein, **bitte Vordruck R0510 ausfüllen und beifügen**

ja

11 Angaben zum Einkommen bei Witwenrente / Witwenrente

Zur Prüfung Ihres Einkommens **bitte Vordruck R0660 ausfüllen und beifügen.**

Nicht erforderlich, wenn der Versicherte **vor dem 1.1.1986 gestorben** ist oder eine **wirksame Erklärung** über die weitere Anwendung des bis zum 31.12.1985 geltenden Hinterbliebenenrentenrechts abgegeben wurde.

11.1 Haben Sie Kinder im waisenrentenberechtigten Alter, für die keine Waisenrente beantragt wird, weil sie nicht Kinder des verstorbenen Versicherten sind?

nein ja, **bitte Vordruck R0650 ausfüllen und beifügen**

12 Andere Leistungen

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

12.1 Hinterbliebenenleistungen aus der gesetzlichen **Unfallversicherung** oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (auch Abfindungen)

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)

Jahr der Abfindung



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12.2 Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld von einem Jobcenter

Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtignte Angehörige** Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhalten oder erhalten haben.

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

_____ Art der Leistung

12.3 Unterhaltshilfe nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz (LAG)

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

12.4 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

12.5 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtignte Angehörige** Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) erhalten oder erhalten haben.

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

_____ Art der Leistung



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

12.6 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

12.7 Leistungen von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

_____ Art der Leistung

12.8 Ausbildungsförderung nach dem Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung
- Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle (bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks)

_____ Aktenzeichen

12.9 Sonstige Leistungen (zum Beispiel Kriegsofferfürsorge, nach dem Gesetz über die Sicherung des Unterhalts der zum Wehrdienst einberufenen Wehrpflichtigen und ihrer Angehörigen - Unterhaltssicherungsgesetz - USG, von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker)

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

_____ Art der Leistung



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

13 Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bei Witwenrente / Witwerrente

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

Name der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Die Meldung zur KVdR (**Vordruck R0810**)

ist beigefügt wurde weitergeleitet wird nachgereicht

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?

nein, bitte weiter bei Ziffer 14

ja

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

nein ja

13.2.2 Besteht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beantragen, Versicherungspflicht in einer deutschen oder ausländischen **gesetzlichen** Krankenversicherung?

Name und Anschrift der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

nein ja

Grund der Versicherungspflicht (zum Beispiel Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)

13.2.3 Sind Sie privat krankenversichert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 14

ja, **bitte Vordruck R0821** vom privaten Krankenversicherungsunternehmen **ausfüllen lassen**

Vordruck R0821 ist beigefügt wird nachgereicht wurde weitergeleitet

13.2.4 Sollen Beitragsaufwendungen bei einer **privaten Krankenversicherung** für Familienangehörige berücksichtigt werden?

nein, bitte weiter bei Ziffer 14

ja, die Beitragsaufwendungen sind vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ebenfalls im **Vordruck R0821** einzutragen

Familienangehöriger (Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis)

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens des / der Familienangehörigen

EUR



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13.2.5 Ist der Familienangehörige Rentner?

seit

nein ja

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

14 Pflegeversicherung

Bitte ausfüllen, wenn Sie nach 1939 geboren sind:

14.1 Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? (Die Nennung eines Kindes ist ausreichend. Das heutige Alter dieses Kindes ist hier ohne Bedeutung.)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

nein ja

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / Adoptivkind Stiefkind Pflegekind

Nachweise zu dieser Frage benötigen wir **nicht**, wenn die **Angaben** unter Ziffer 18 **bestätigt** werden.

15 Dokumentenzugang

15.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform. Meine De-Mail-Adresse lautet:

15.2 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 (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)

als Hörmedium (CD-DAISY Format)



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
--	---------------------------------

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.

Während der verbleibenden Lücken im Versicherungsverlauf wurden keine Beitragszeiten, Anrechnungszeiten, Kindererziehungszeiten oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt.

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

- eine Leistung nach Ziffer 12 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

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 (zum Beispiel bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - Bundesversorgungsgesetz - BVG, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz - BEG oder bei Auslandsaufenthalt),
- b) jede Veränderung der Beitragshöhe oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
- c) den Beginn einer Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel 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 (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland),
- e) die "Einschreibung" als Leistungsberechtigter bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse aufgrund der Rente eines anderen Staates, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gelten (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 "Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung" (Vordruck R0815) habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

17 Anlagen

Vordruck _____

Vollmacht / Beschluss des Gerichts _____



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

18 Bestätigungsvermerk

Die **Angaben zur Person** (siehe Ziffer 3) werden bestätigt durch:

gültigen Personalausweis gültigen Reisepass

Die Angaben zum

Geburtsdatum des verstorbenen Versicherten werden bestätigt.

Sterbedatum werden bestätigt.

Tag der Eheschließung / Begründung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft werden bestätigt.

Aus der Sterbeurkunde ergibt sich, dass die hinterbliebene Person mit dem / der Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes verheiratet war beziehungsweise in einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft gelebt hat.

ja

nein, die Sterbeurkunde enthält keine Angaben über den die Rente beantragenden Ehegatten / Lebenspartner, deshalb muss die Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde **nach dem Tod** ausgestellt sein

Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde ausgestellt am

Das **Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung** (siehe Ziffer 14) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:

Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes Familienbuch / Familienstammbuch

Es ist beigefügt:

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

