

Versicherungsträger in
Носител на осигурањето во
Deutschland: Deutsche Rentenversicherung
Германија:

Deutsche Versicherungsnummer
Германски број на осигурување

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

Mazedonien: FOND NA
Македонија: PENZISKOTO I INVALIDSKOTO
OSIGURUVANJE NA MAKEDONIJA
Ul. 23 Oktomvri Br. 11
1000 SKOPJE, MAZEDONIEN

Aktenzeichen: _____ nicht bekannt
Број на предмет: _____ не е познат

Angaben zum Antrag auf Versichertenrente

(in Blockschrift oder mit Schreibmaschine ausfüllen)

Податоци кон барањето за пензија на осигуреникот

(да се пополни со печатни букви или на машина за пишување)

Bei den mit gekennzeichneten Fragen soll die Richtigkeit der Angaben amtlich bestätigt oder durch Unterlagen belegt sein. Ist dies der Fall, so ist der Kreis anzukreuzen ; ansonsten ist der Kreis frei zu lassen.

Die angeführten zusätzlich erforderlichen Unterlagen bzw. Formblätter sind unbedingt beizufügen, da der Antrag sonst nicht bearbeitet werden kann.

Kaj прашањата означени со треба точноста на податоците службено да се потврдат или документираат. Во тој случај кругот треба да се означи со икс ; во спротивно кругот се остава празен.

Дополнително наведената потребна документација, односно печатени обрасци, треба задолжително да се приложат, инаку не е можно решавање на барањето.

Datum der Antragstellung
Дата на поднесување на барањето

Tag ден	Monat месец	Jahr година
------------	----------------	----------------

1. Beantragte Rente/Поднесено барање за пензија

ärztliches Gutachten D-RM 207 bitte beifügen
молиме приложите лекарско стручно мислење Д-РМ 207

Rente wegen vermindertener Erwerbsfähigkeit
Пензија заради намалена способност за стопанисување

Regelaltersrente
Редовна старосна пензија

2. Angaben zur Person des (der) Versicherten/Лични податоци за осигуреникот-чката

<input type="radio"/> Name/Презиме	<input type="radio"/> Vorname (Rufname bitte unterstreichen) Име (во случај на повеќе имиња да се потцрта главното)
<input type="radio"/> Geburtsname/Презиме при раѓањето	<input type="radio"/> Früher geführte Namen (mit Angabe z.B. verwitwet, geschieden) Поранешни презимиња (со податоци на пример: вдовец-ца, разведен-а)
<input type="radio"/> Tag ден Monat месец Jahr год. Geburtsdatum Дата на раѓањето	<input type="radio"/> Geschlecht (Zutreffendes ankreuzen) Пол (соодветното да се означи со „X“) <input type="checkbox"/> männlich/машки <input type="checkbox"/> weiblich/женски
<input type="radio"/> Geburtsort und Staat Место на раѓањето и држава	<input type="radio"/> Personenkenziffer (zu entnehmen aus dem Pass oder Personalausweis) матичен број (да се земе од пасошот или личната карта)
<input type="radio"/> Staatsangehörigkeit am Tag der Antragstellung Државјанство на денот на поднесување на барањето	<input type="radio"/> Staatsangehörigkeit am 1.1.1956 Државјанство на ден 1 јануари 1956 година
Ständiger Wohnsitz am 1.1.1956/Живееалиште на ден 1 јануари 1956 година	
Flüchtling im Sinne des Artikels 1 des Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28.7.1951 (Genfer Konvention)? Бегалец во смисла на член 1 од Конвенцијата за правната положба на бегалците од 28 јули 1951 година (Женевска конвенција)?	
<input type="checkbox"/> nein/не	<input type="checkbox"/> ja/да
Falls ja: Nummer des Ausweises und ausstellende Behörde Ako da: Број на документот и установа која го издала	
<input type="radio"/>	

Familienstand/Брачна состојба				
<input type="checkbox"/> ledig неженет- немажена	<input type="checkbox"/> erstmals verheiratet женет-мажена	<input type="checkbox"/> verwitwet seit вдовец-вдовица	<input type="checkbox"/> geschieden разведен-а	<input type="checkbox"/> wiederverheiratet повторно оженет- премажена
ab _____ од _____				
Beschäftigungsart/Tätigkeit vor der Antragstellung (genaue Berufsbezeichnung) Вид на вработување/дејност пред поднесување на барањето (опис на работите)				

Derzeitiger Wohnort/Сегашно живеалиште

Straße, Hausnummer/Улица, куќен број		
Postleitzahl Поштенски број	Postort/Определена пошта	Wohnort/Место на живеење

Heimatanschrift in Mazedonien, sofern abweichend vom derzeitigen Wohnort Адреса во Македонија, ако не е соодветна со сегашното живеалиште

Straße, Hausnummer/Улица, куќен број		
Postleitzahl Поштенски број	Postort/Определена пошта	Wohnort/Место на живеење

3. Antragstellung durch andere Personen/Поднесување на барање од страна на други лица

<input type="checkbox"/> nein/не	<input type="checkbox"/> ja/да	Falls ja: Der Antrag wird in Vertretung gestellt von Ако да: Барањето го поднесува застапникот
	<input type="radio"/>	Name, Vorname Презиме, име
	<input type="radio"/>	Vollmacht wirksam seit Полномошното важи од
	<input type="radio"/>	In Eigenschaft als И тоа во својство на
	<input type="checkbox"/>	gesetzlicher Vertreter законски застапник
	<input type="checkbox"/>	Vormund старател
	<input type="checkbox"/>	Bevollmächtigter полномошник
Straße, Hausnummer Улица, куќен број		
	Postleitzahl Поштенски број	Wohnort/Место на живеење

4. Zahlungsweg/Начин на исплата

4.1.	<input type="checkbox"/> an die Anschrift des (der) Versicherten на адреса на осигуреникот-чката
Straße, Hausnummer/Улица, куќен број	
Postleitzahl Поштенски број	Postort/Определена пошта
	Wohnort/Место на живеење

4.2. an die Anschrift des Bevollmächtigten
на адреса на полномошникот

Name, Vorname/Презиме, име Vollmacht wirksam seit/Полномошното важи од

Straße, Hausnummer/Улица, куќен број

Postleitzahl Поштенски број	Postort/Определена пошта	Wohnort/Место на живеење

5. Beitragszeiten/Периоди на уплатени придонеси

War der Versicherte in einem dritten Staat beschäftigt?/Дали осигуреникот бил вработен во трета држава?
 nein не ja да **Falls ja, in welchem Staat?/Ако е, во која држава?**

Wurde in diesem Staat ein Rentenverfahren eingeleitet?/Дали е покрената пензиска постапка во оваа држава? ja да nein не

6. Berufsausbildung des/der Versicherten/Стручна подготовка на осигуреникот-чката

Abgeschlossene Berufsausbildung (Berufsbezeichnung) Завршено стручно школување (занимање)	In Mazedonien ausgeübter Beruf Во Македонија работел-ла на работи а стручна подготовка
<input type="checkbox"/> nein не <input type="checkbox"/> ja да	abgeschlossene Fakultät oder Hochschule завршен факултет или висока школа (ВСП)
<input type="checkbox"/> nein не <input type="checkbox"/> ja да	abgeschlossene höhere Schule oder hochqualifizierte Arbeiter завршена виша школа (ВШС) или висококвалификуван работник (ВКВ)
<input type="checkbox"/> nein не <input type="checkbox"/> ja да	abgeschlossene Mittelschule oder qualifizierte Arbeiter завршена средна школа (ССП) или квалификуван работник
<input type="checkbox"/> nein не <input type="checkbox"/> ja да	erlerntes Handwerk квалификуван работник (КВ)
<input type="checkbox"/> nein не <input type="checkbox"/> ja да	abgeschlossene Volksschule oder halbqualifizierter Arbeiter завршена нижа школа или полуквалификуван работник (ПКВ)
<input type="checkbox"/> nein не <input type="checkbox"/> ja да	ungelernter Arbeiter неквалификуван работник (НКВ)
	Datum und Nummer des Diploms – der Abschlussprüfung vom Дата и број на дипломата-завршниот испит од Name und Anschrift der ausstellenden Behörde Назив и седиште на установата која ја издала дипломата

7. Angaben über die noch lebenden Kinder, für die ein Anspruch auf mazedonischen Kinderzuschuss geltend gemacht wird

Податоци за децата кои се во живот и за кои се бара признавање право на македонски додаток на деца

7.1. Kinder im Alter bis zum vollendeten 15. Lebensjahr

Деца до навршени 15 години живот

Name Презиме	Vorname Име	Geburtsdatum Дата на раѓањето			Rechtsstellung zum Versicherten * Законски однос спрема осигуреникот *	Wohnort des Kindes Место на живеење на детето
		Tag ден	Monat месец	Jahr год.		
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						

7.2. Kinder im Alter vom vollendeten 15. Lebensjahr bis zum vollendeten 26. Lebensjahr
Деца по навршени 15 години живот до навршени 26 години живот

Name Презиме	Vorname Име	Geburtsdatum Дата на раѓањето			Rechtsstellung zum Versicherten * Законски однос спрема осигуреникот *	Wohnort des Kindes Пребивалиште на дете
		Tag ден	Monat месец	Jahr год.		
<input type="radio"/>						
voraussichtliche Dauer der Schul-/Berufsausbildung предвидено траење на школувањето-стручното образование		vom од		bis до		
gebrechlich инвалид	seit од		wegen заради			

Name Презиме	Vorname Име	Geburtsdatum Дата на раѓањето			Rechtsstellung zum Versicherten * Законски однос спрема осигуреникот *	Wohnort des Kindes Пребивалиште на дете
		Tag ден	Monat месец	Jahr год.		
<input type="radio"/>						
voraussichtliche Dauer der Schul-/Berufsausbildung предвидено траење на школувањето-стручното образование		vom од		bis до		
gebrechlich инвалид	seit од		wegen заради			

Für diese Kinder ist beizufügen:
Потребно е да се приложи:

Bescheinigung der Schule mit Angabe über Klasse (Semester) und voraussichtliche Dauer des Schulbesuchs bzw. Studiums, oder Lehrvertrag und Bestätigung des Lehrherrn, dass das Lehrverhältnis noch besteht und wann es endet oder bei Gebrechlichkeit die vorhandenen ärztlichen Unterlagen.

Школска потврда со податоци за класот (семестарот) и до кога отприлика ќе трае школувањето, односно студирањето, или договор за школување и потврда дека школувањето се уште трае и кога ќе биде завршено, или кај инвалидност постоечка лекарска документација.

* Bei Antrag auf Kinderzuschuss bitte angeben, ob es sich um ein eheliches, uneheliches, Adoptiv- oder Stiefkind handelt.

* При поднесување на барање за додаток на деца треба да се наведе дали се работи за брачно, вонбрачно, посвоено дете или посинето.

8. Sonstige Angaben/Останати податоци

8.1.	Steht der Versicherte noch in einem Arbeitsverhältnis (auch wenn es derzeit wegen Arbeitsunfähigkeit nicht ausgeübt wird)? Дали осигуреникот сеуште е во работен однос (и ако сега заради неспособност за работа навистина не работи)?	<input type="checkbox"/> nein не	<input type="checkbox"/> ja да	Falls ja: Ako da:	Ist eine Beendigung der Beschäftigung beabsichtigt, falls ja, wann? Дали постои намера да се прекине вработувањето, ако да, кога? _____
				Besteht zur Zeit Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit? Дали сега постои неспособност за работа заради болест?	<input type="checkbox"/> nein не
8.2.	Wenn der Versicherte nicht mehr abhängig beschäftigt oder selbständig tätig ist Ако осигуреникот не е повеќе редовно вработен или не обавува самостојна дејност Tag der tatsächlichen Arbeitsaufgabe Дата на престанокот на работа				

8.3. Ist die Invalidität/verminderte Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise Folge eines Unfalls (z.B. Arbeitsunfall, Verkehrsunfall) oder durch andere Personen verursacht worden?
 Дали инвалидноста/намалена способност за стопанисување е сосема или делумно последица на несреќа (на пр. несреќа на работа, сообраќајна несреќа) или е предизвикана од други лица?

nein
не

ja
да

Falls ja: Art des Unfalles
Ако да: Вид на несреќата

Ort des Unfalles
Место на несреќата

Datum
Дата

Name und Anschrift des Schädigers
Име и презиме и адреса на штетникот

9. Andere Leistungen/Други давања

Bezieht oder bezog der Versicherte eine der nachstehenden Leistungen oder ist eine dieser Leistungen beantragt?
 Дали осигуреникот прима или примал едно од следните давања или едно од тие давање е побарано?

Art der Leistung/Вид на давањето	Falls ja:/Ако да:	Versicherungsträger, Versicherungsnummer, Aktenzeichen Носител на осигурувањето, број на осигурување, број на актот	
9.1. Rente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung. Пензија од германското законско пензиско осигурување.	<input type="checkbox"/> nein не	<input type="checkbox"/> ja да	
9.2. Leistungen (auch Vorschuss) aus der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung. Давање (како и аконтација) од германското законско осигурување за работа.	<input type="checkbox"/> nein не	<input type="checkbox"/> ja да	Art der Leistung/Вид на давањето
Wurde eine Unfallrente abgefunden? Дали на име рента од осигурувањето за несреќа на работа е исплатено-намирено?	<input type="checkbox"/> nein не	<input type="checkbox"/> ja да	Unfalltag/Ден на несреќата Jahr der Abfindung Година на намирувањето
9.3. Krankengeld von einer deutschen Krankenkasse. Надоместок за време на боледувањето од страна на болесничката каса.	<input type="checkbox"/> nein не	<input type="checkbox"/> ja да	von од
9.4. Sonstige Leistungen aus Deutschland (z.B. Leistungen von der Agentur für Arbeit, Sozialhilfe usw.). Други давања од Германија (на пр. давања од страна на заводот за вработување, социјална помош итн.)	<input type="checkbox"/> nein не	<input type="checkbox"/> ja да	bis до
9.5. Ist dem Versicherten eine Rente aus der mazedonischen Rentenversicherung bewilligt? Дали осигуреникот остварил право на пензија од македонското пензиско осигурување?	<input type="checkbox"/> nein не	<input type="checkbox"/> ja да	

10. Ersatzanspruch/Право на надоместок на штета

10.1. Besteht ein Ersatzanspruch?
Дали постои право на надоместок?

nein/не

ja/да

Falls ja: Von wem und für welche Zeit?
Ако да: Од кога и за кое време?

10.2. Soll die Rentennachzahlung einbehalten werden?
Дали треба да се задржи исплата на зваостаната пензија?

nein/не

ja/да