

Application for Insured Pension
from the German Pension Insurance

Antrag auf Versichertenrente
aus der Deutschen Rentenversicherung

Please follow the enclosed guide when completing this application. Please answer all questions accurately, mark everything applicable and submit all required proof.

Bitte beachten Sie die beiliegenden Erläuterungen beim Ausfüllen des Antrags. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen sie alle notwendigen Nachweise bei.

A Information about the worker

Angaben zum Versicherten

1	German Insurance Number									Deutsche Versicherungsnummer
2	Code (if known)									Kennzeichen (soweit bekannt)
3	U.S. Social Security Number									US-Sozialversicherungsnummer
4	Name									Name
5	First names (Please underline name normally used)									Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)
6	Name at birth (if different)									Geburtsname (wenn abweichend)
7	Other names used in the past									Frühere Namen
8	Date of birth (Please submit proof or have it confirmed in part J)		day Tag		month Monat		year Jahr			Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)
9	Place of birth (city, country, state)									Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
10	Sex	<input type="checkbox"/> male männlich <input type="checkbox"/> female weiblich <input type="checkbox"/> without record ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers divers								Geschlecht
11	Present (dual) citizenship (Please submit proof or have it confirmed in part J)									Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)
12	Address									Anschrift
13	Telephone number									Telefonnummer
14	Fax number									Telefaxnummer
15	Marital status	<input type="checkbox"/> not married (single, widowed or divorced) / not living in registered same-sex civil union <input type="checkbox"/> nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> married / remarried / living in registered same-sex civil union <input type="checkbox"/> verheiratet / wieder verheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend								Familienstand



Insurance number / Versicherungsnummer

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

E Information concerning the German insurance record

Please indicate hereafter all

- periods of employment
- periods of self-employment
- voluntary contributions
- substitute periods (e.g. military service, war captivity, expulsion)

Please restrict to the periods which are **not** contained in your insurance record.

Please enclose appropriate proof. If required, you may request an insurance record from your German pension insurance agency.

E Angaben zum deutschen Versicherungsleben

Bitte machen Sie hier Angaben über

- Beschäftigungszeiten
- Zeiten der selbständigen Tätigkeit
- freiwillige Beitragszahlungen
- Ersatzzeiten (z. B. Wehrdienst, Kriegsgefangenschaft, Vertreibung)

Beschränken Sie sich dabei auf die Zeiten, die **nicht** in Ihrem Versicherungsverlauf enthalten sind und fügen Sie bitte entsprechende Nachweise bei. Einen Versicherungsverlauf können Sie bei Bedarf von Ihrem deutschen Rentenversicherungsträger anfordern.

Period from - to Zeitraum vom - bis	Please describe the type of performed employment or self-employment (for substitute periods please indicate type of period) Genaue Bezeichnung der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatzzeiten bitte die Art der Zeit angeben)	Name and address of employer / enterprise, in case of self-employment please indicate "self-employed" Name und Anschrift des Arbeitgebers / Unternehmens, bei Selbständigkeit bitte "selbständig" angeben	Name and address of your health insurance (e.g. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse) Name, Anschrift der Krankenkasse, bei der Sie versichert waren (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)

If you do not have enough space, please use an extra sheet!

Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!



F Further information concerning the insurance record**(Please submit proof, if not already previously submitted)****Weitere Angaben zum Versicherungsleben****(Bitte Nachweise beifügen, soweit nicht bereits früher übersandt)**

1	<p>Did you ever receive a refund of contributions from the German pension insurance?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - insurance institution - insurance number, reference number 	<p>Sind Ihnen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger - Versicherungsnummer, Aktenzeichen
2	<p>Has a settlement of pension entitlements under German law been accomplished?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Is your former partner still alive? - Name and address of the former partner <p>- Are you obligated to pay alimony to your former partner or have you paid her / him compensation? (Please submit judgement for support or alimony agreement and payment proof)</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Wurde für Sie ein Versorgungsausgleich nach deutschem Recht durchgeführt?</p> <p>Falls ja,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebt Ihr früherer Partner noch? - Name und Anschrift des früheren Partners - Sind Sie Ihrem früheren Partner zum Unterhalt verpflichtet oder haben Sie diesem eine Abfindung gezahlt? (Bitte Unterhaltstitel oder -vereinbarung und Zahlungsnachweis beifügen)
3	<p>Did you make a vocational training in Germany (even without graduation) ?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p> <p>Period</p> <p>Type of vocational training (Please submit proof)</p> <p>If applicable, graduation on (Please submit proof)</p> <p>day Tag month Monat year Jahr</p>	<p>Haben Sie in Deutschland eine Berufsausbildung gemacht (auch ohne Abschluss)?</p> <p>Zeitraum</p> <p>Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p>ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen)</p>
4	<p>Have you been unfit for work in Germany or have you received benefits for rehabilitation which are not contained in the insurance record?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p> <p>Periods (Please submit proof)</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p>	<p>Waren Sie in Deutschland arbeitsunfähig oder haben Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>
5	<p>Have you been registered as unemployed in Germany and is this period not contained in the insurance record?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p> <p>Periods (Please submit proof)</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p>	<p>Waren Sie in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>
6	<p>Did you graduate in Germany or abroad from school, vocational school, technical college or college after turning 17 and is this period not contained in the insurance record?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p> <p>Periods (Please submit proof)</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p>	<p>Haben Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland oder im Ausland absolviert und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>



G Periods of child rearing if not already applied for earlier
(In case of child rearing in Germany further information is necessary)

Zeiten der Kindererziehung, soweit nicht bereits früher beantragt
(Bei Erziehung in Deutschland werden weitere Angaben notwendig)

The following children have been raised:				Folgende Kinder wurden erzogen:			
1	Name of the child			Name des Kindes			
	First names (Please underline name normally used)			Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)			
	Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in part J)	day Tag	month Monat	year Jahr			
	Place of birth (city, country, state)			Geburtsort (Kreis, Land, Staat)			
	Were you employed during the pregnancy and did you have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?	<input type="checkbox"/> no nein			<input type="checkbox"/> yes ja	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?	
	From birth to the 10th birthday I have predominantly raised the child.	<input type="checkbox"/> no nein			<input type="checkbox"/> yes ja	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.	
	in the following country / im folgenden Staat	from / vom		to / bis			
		day Tag	month Monat	year Jahr	day Tag	month Monat	year Jahr
		day Tag	month Monat	year Jahr	day Tag	month Monat	year Jahr
		day Tag	month Monat	year Jahr	day Tag	month Monat	year Jahr
2	Name of the child			Name des Kindes			
	First names (Please underline name normally used)			Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)			
	Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in part J)	day Tag	month Monat	year Jahr			
	Place of birth (city, country, state)			Geburtsort (Kreis, Land, Staat)			
	Were you employed during the pregnancy and did you have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?	<input type="checkbox"/> no nein			<input type="checkbox"/> yes ja	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?	
	From birth to the 10th birthday I have predominantly raised the child.	<input type="checkbox"/> no nein			<input type="checkbox"/> yes ja	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.	
	in the following country / im folgenden Staat	from / vom		to / bis			
		day Tag	month Monat	year Jahr	day Tag	month Monat	year Jahr
		day Tag	month Monat	year Jahr	day Tag	month Monat	year Jahr
		day Tag	month Monat	year Jahr	day Tag	month Monat	year Jahr



Insurance number / Versicherungsnummer
--

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)
--

3	Name of the child		Name des Kindes																		
	First names (Please underline name normally used)		Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)																		
	Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in part J)	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)												
day Tag	month Monat	year Jahr																			
	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)																		
	Were you employed during the pregnancy and did you have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	from / vom	to / bis	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?														
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja																				
from / vom	to / bis																				
	From birth to the 10th birthday I have predominantly raised the child.	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.																
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja																				
	in the following country / im folgenden Staat	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">from / vom</td> <td colspan="3">to / bis</td> </tr> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	from / vom			to / bis			day Tag	month Monat	year Jahr	day Tag	month Monat	year Jahr							
from / vom			to / bis																		
day Tag	month Monat	year Jahr	day Tag	month Monat	year Jahr																
		<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr									
day Tag	month Monat	year Jahr																			
day Tag	month Monat	year Jahr																			
		<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr									
day Tag	month Monat	year Jahr																			
day Tag	month Monat	year Jahr																			
4	Has another person already submitted an application for taking into account the periods of child rearing for these children? If yes, please indicate: - name, first name - German Insurance Number or date of birth	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	day Tag	month Monat	year Jahr				<p>Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Name, Vorname</p> <p>- Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum</p>										
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja																				
day Tag	month Monat	year Jahr																			
5	Did you, your spouse or your registered civil union partner pay compulsory contributions to the German statutory pension insurance fund for an employment / occupation outside Germany immediately before or during a child rearing period?	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	Haben Sie, Ihr Ehegatte oder Ihr Eingetragener Lebenspartner unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung / Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?																
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja																				
6	Were you a member or civilian component of foreign military forces within the meaning of the NATO Status of Forces Agreement, a member of the allied authorities and forces in Germany, including Berlin (West), or a family member of those immediately before the birth of one of the children or during the claimed child rearing periods?	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der genannten Kinder oder während der aufgeführten Kindererziehungszeiten Mitglied oder ziviles Gefolge von ausländischen Streitkräften im Sinne des NATO-Truppenstatuts, der alliierten Behörden und Streitkräfte in Deutschland, einschließlich Berlin (West), oder Familienangehöriger eines solchen Mitgliedes?																
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja																				



J Confirmation by the U.S. Social Security Administration**Bestätigung der U.S. Social Security Administration**

Date of application in accordance with Article 14 Section 1 of the Agreement	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				Tag der Antragstellung nach Artikel 14 Absatz 1 des Abkommens
day Tag	month Monat	year Jahr						
Have German periods been claimed in the application?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Sind dabei deutsche Zeiten geltend gemacht worden?						
Has the application been limited to U.S. benefits? Article 14 paragraph 2 of the Agreement	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Ist der Antrag auf US-amerikanische Leistungen beschränkt worden? Artikel 14 Absatz 2 des Abkommens						
Applicant's personal data (name, first name, date of birth as well as the citizenship) are confirmed by:		Die Angaben zur Person des Rentenbewerbers (Name, Vorname, Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) werden bestätigt durch:						
- valid passport	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	- gültigen Reisepass						
- other document(s) (please specify)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	- sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)						
The information in part G concerning the children (name, first name, date of birth) is confirmed based on presented documents.	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Die Angaben zu den Kindern in Teil G (Name, Vorname, Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.						
Date	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				Datum
day Tag	month Monat	year Jahr						
Signature		Unterschrift						
Stamp of the U. S. Social Security Administration		Stempel der U. S. Social Security Administration						



Insurance number / Versicherungsnummer

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

K Declaration of Payment

Zahlungserklärung

<p>1 Account in the USA Benefits shall be paid by direct deposit to my account with a financial institution in the USA.</p> <p>Name and address of beneficiary's bank</p> <p>City, state and zip code</p> <p>Routing Number & Check Digit</p> <p>Account number</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Konto in den USA Die Leistung soll durch Überweisung auf mein Konto bei einem Geldinstitut in den USA gezahlt werden.</p> <p>Name und Anschrift der Bank des Zahlungsempfängers</p> <p>Ort, Bundesstaat, Postleitzahl</p> <p>Routing Number & Check Digit</p> <p>Kontonummer</p>
<p>Type of account</p> <p>- Check Account (C)</p> <p>- Savings Account (S)</p> <p>- I am the only holder of the above mentioned account. I have exclusive right of disposal.</p> <p>- The above mentioned account is a joint account held by me and my spouse.</p> <p>(Please let also the co-holder of the account sign the form at the end part K)</p> <p>- For the above mentioned account a written account authorization was granted for</p> <p>Name and address (Please let also the person authorized to dispose of the account sign the form at the end of part K)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Art des Kontos</p> <p>- Scheck-Konto (C)</p> <p>- Sparkonto (S)</p> <p>- Ich bin alleiniger Inhaber des oben genannten Kontos und allein darüber Verfügungsberechtigt.</p> <p>- Das oben genannte Konto ist ein Gemeinschaftskonto, dessen Inhaber ich und mein Ehepartner sind.</p> <p>(Bitte auch den Mitinhaber am Ende des Teils K unterschreiben lassen)</p> <p>- Für das oben genannte Konto wurde eine Kontovollmacht erteilt für</p> <p>Name und Anschrift (Bitte auch den Kontobevollmächtigten am Ende des Teils K unterschreiben lassen)</p>
<p>2 Account in Germany Benefits shall be paid by direct deposit to my account with a financial institution in the Federal Republic of Germany.</p> <p>Name, address of financial institution</p> <p>Name and address of the account holder, if different from recipient of benefit, or of the account co-owner or person authorized to dispose of the account (Please let also the co-holder of the account / person authorized to dispose of the account sign the form at the end of part K)</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Konto in Deutschland Die Leistung soll durch Überweisung auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland gezahlt werden.</p> <p>Name, Anschrift des Geldinstituts</p> <p>Name und Anschrift des Kontoinhabers, sofern vom Berechtigten abweichend, bzw. des Kontomitinhabers oder Kontobevollmächtigten (Bitte auch den Kontomitinhaber / Kontobevollmächtigten am Ende des Teils K unterschreiben lassen)</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p>



L Information concerning reduced earning capacity

Please fill out this section only if you apply for benefits for reduction in earning capacity

Should you have at your disposal medical documents / hospital reports, please enclose copies.

Angaben zur Erwerbsminderung

Bitte nur ausfüllen, wenn Rente wegen Erwerbsminderung beantragt wird

Sollten Sie über aktuelle ärztliche Unterlagen / Krankenhausberichte verfügen, so legen Sie diese bitte in Kopie bei.

1	<p>Are you currently unable to work due to illness?</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes nein ja</p> <p>day month year Tag Monat Jahr</p> <p>If yes, since when?</p>	Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank?
2	<p>Since when do you estimate that your earning capacity has been reduced?</p> <p>day month year Tag Monat Jahr</p>	Falls ja, seit wann? Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert?
3	<p>Did you receive as from this date income resulting from</p> <p>- dependent employment (inclusive early retirement benefits from the employer) indicate monthly gross income (Please submit certificate from the employer)</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes nein ja</p> <p>- self-employment (business establishment, freelance work; agriculture and forestry etc.) indicate monthly prospective profit according to tax law (Please submit last Tax Return Form or certificate from the tax consultant)</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes nein ja</p>	Haben Sie ab diesem Zeitpunkt Erwerbseinkommen bezogen aus
4	<p>Did you receive as from this date short-term income as substitute for an income from a gainful employment from</p> <p>- statutory benefits for inability to work due to illness, accident, occupational disease etc.</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes nein ja</p> <p>Type of benefit</p> <p>from / vom to / bis</p> <p>Periods of drawing the benefit Monthly gross income which was the basis for the statutory benefit - Assessment basis (Please submit proof)</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes nein ja</p> <p>- statutory benefits for unemployment, short time work, work deficiency related to the weather</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes nein ja</p> <p>- statutory benefits for maternity</p> <p>Type of benefit</p> <p>from / vom to / bis</p> <p>Periods of drawing the benefit Monthly gross income which was the basis for the statutory benefit - Assessment basis (Please submit proof)</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes nein ja</p> <p>I agree that a repayable amount of up to 200 EUR may be withheld from my continuing pension payments up to half of the amount of my monthly pension payments.</p>	Haben Sie ab diesem Zeitpunkt kurzfristiges Erwerbsersatz-einkommen bezogen aus



