

Versicherungsnummer

ATAD

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)

Wichtige Angaben zum Übergangsgeld

Damit wir prüfen können, ob Ihnen das **erhöhte Übergangsgeld** (75 % der maßgebenden Berechnungsgrundlage) zusteht, bitten wir Sie, dieses Formblatt **vollständig** auszufüllen und in Ihrem eigenen Interesse umgehend an uns zurückzusenden.
Wird das Formular nicht zurückgesandt, werden wir das zustehende Übergangsgeld auf 68 % festsetzen (siehe auch Erläuterungen auf Seite 2).

1 Angaben zu Kindern

Ich habe ein

- leibliches Kind / Adoptivkind
 Pflegekind und lebe mit ihm in häuslicher Gemeinschaft.

Name, Vorname des jüngsten Kindes

Geburtsdatum

Für mein Kind / eines meiner Kinder besteht ein Anspruch auf Kindergeld:

nein

ja

Zahlstelle:

Aktenzeichen:

Voraussichtliches Ende
des Kindergeldanspruches:

2 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Ich lebe mit meinem Ehegatten / Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes in häuslicher Gemeinschaft

nein ja

Weil ich pflegebedürftig bin, kann mein Ehegatte / Lebenspartner eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben

nein ja

Bitte entsprechende Nachweise beifügen!

Mein Ehegatte / Lebenspartner bedarf selbst der Pflege

nein ja

Bitte entsprechende Nachweise beifügen!

Mein Ehegatten / Lebenspartner hat Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung

nein ja

3 Zur Feststellung des Beitragszuschlages für Kinderlose

Ich habe / hatte ein berücksichtigungsfähiges Kind (unabhängig vom Alter). Bitte geeignete Nachweise beifügen.

Ich habe **kein** berücksichtigungsfähiges Kind.

Ich versichere, alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Mir ist bekannt, dass falsche oder unterlassene Angaben strafrechtliche Folgen nach sich ziehen können. Ich verpflichte mich, dem Rentenversicherungsträger jede Änderung meiner obigen Angaben ohne Aufforderung unverzüglich mitzuteilen.

Hinweis zum Datenschutz

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.

Datum

Unterschrift

Zurück an:

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz
Leistungsabteilung
Bereich Rehabilitation
67340 Speyer

Zutreffende Telefaxnummer

Geburtstag der / des Versicherten	Telefaxnummer
000000 bis 101080	06232 17-128009
101081 bis 210236	06232 17-128020
210237 bis 999999	06232 17-128022

Per Telefaxnummer 06232 17-_____ Seitenanzahl: _____

Höhe des Übergangsgeldes

Das Übergangsgeld beträgt bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für

- **Versicherte**, die mindestens ein **Kind** im Sinne des § 32 Abs. 1 und 3 bis 5 des Einkommensteuergesetzes (EStG) haben, oder deren Ehegatten oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, mit denen sie in häuslicher Gemeinschaft leben, eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben können, weil sie die Versicherten pflegen oder selbst der Pflege bedürfen und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung haben, **75 %**,
- für die **übrigen Versicherten 68 %**

der maßgebenden Berechnungsgrundlage.

Kinder im Sinne von § 32 Abs. 1 und 3 bis 5 EStG sind ausschließlich:

- leibliche Kinder (eheliche und nichteheliche Kinder),
- Adoptivkinder und
- Pflegekinder (dies sind Personen, die mit dem Versicherten durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind und das Obhutsverhältnis und Pflegeverhältnis zu den leiblichen Eltern nicht mehr besteht) und
- Stiefkinder (Kinder des Ehegatten, wenn sie in den Haushalt der Versicherte / des Versicherten aufgenommen wurden).

Enkel und Geschwister des Versicherten, auch wenn sie in dessen Haushalt aufgenommen sind und ein Betreuungsverhältnis und Erziehungsverhältnis familienhafter Art besteht, werden den in § 32 Abs. 1 EStG genannten Kindern **nicht** gleichgestellt.

Die Pflegebedürftigkeit ist in jedem Einzelfall nachzuweisen. Die Pflegebedürftigkeit wird insbesondere nachgewiesen durch Vorlage eines

- Schwerbehindertenausweises mit der Zusatzbezeichnung „H“ (hilflos) oder „Bl“ (blind),
- Bescheides über die Bewilligung von Pflegezulage oder Pflegegeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII),
- amtsärztlichen Gutachtens,
- Bescheides über die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung (SGB XI).