

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



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



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 nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>day month year Tag Monat Jahr</p> <p>If yes, since when?</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>day month year Tag Monat Jahr</p>	<p>Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank?</p> <p>Falls ja, seit wann?</p>
2	<p>Since when do you estimate that your earning capacity has been reduced?</p> <p>day month year Tag Monat Jahr</p>	<p>day month year Tag Monat Jahr</p>	<p>Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert?</p>
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>- 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 nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>_____</p>	<p>Haben Sie ab diesem Zeitpunkt Erwerbseinkommen bezogen aus</p> <p>- abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen)</p> <p>- selbständige Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit; Land- und Forstwirtschaft) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuerklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen)</p>
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>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>_____</p> <p>- statutory benefits for unemployment, short time work, work deficiency related to the weather</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>_____</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> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Haben Sie ab diesem Zeitpunkt kurzfristiges Erwerbseinkommen bezogen aus</p> <p>- gesetzlicher Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfalls, Berufskrankheit usw.</p> <p>Art der Leistung</p> <p>Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p>- gesetzlicher Leistung wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeitergeld, witterungsbedingten Arbeitsausfalls</p> <p>- gesetzlicher Leistung wegen Mutterschaft</p> <p>Art der Leistung</p> <p>Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzuzahlender Betrag von bis zu 200 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.</p>



