Deutsche Rentenversicherung Nord
Postal address: 22037 Hamburg GERMANY
Telephone: +49 40 5300 0
Facsimile: +49 40 5300 14999

Deutsche Rentenversicherung Bund
Postal address: 10704 Berlin GERMANY
Telephone: +49 30 865 0
Facsimile: +49 30 865 27240

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Postal address: 44781 Bochum GERMANY
Telephone: +49 234 304 0
Facsimile: +49 234 304 53050

Deutsche Rentenversicherung

D / USA 1

Application for Insured Pension
from the German Pension Insurance

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

Antrag auf Versichertenrente
aus der Deutschen Rentenversicherung

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	6 d f 5 g 4 6 d 5 f 4 g	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	☐ male männlich ☐ female weiblich ☐ without record ohne Eintrag ☐ 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	☐ not married (single, widowed or divorced) / not living in registered same-sex civil union nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend ☐ married / remarried / living in registered same-sex civil union verheiratet / wieder verheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	Familienstand

Insurance number / Versicherungsnummer	Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)
6 d f 5 g 4 6 d 5 f 4 g	

B Application filed by another person

(please enclose authority / proof)

Antragstellung durch andere Person
(Vollmacht / Nachweis bitte beifügen)

1	Name		Name
2	First names (Please underline name normally used)		Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)
3	Address		Anschrift
4	Telephone number		Telefonnummer
5	Fax number		Telefaxnummer

C Type of benefit claimed and pension start

Beantragte Leistungsart und Rentenbeginn

1	Retirement benefits	☐	Altersrente
2	Benefits for reduction in earning capacity **(Please fill out part L as well)**	☐	Rente wegen Erwerbsminderung **(Bitte auch Teil L ausfüllen)**
3	Child-rearing benefits if divorced after June 30, 1977 and raising or caring for a child	☐	Erziehungsrente für nach dem 30. Juni 1977 Geschiedene, die Kinder erziehen oder betreuen
4	The retirement benefits should begin - at the earliest possible date **with** benefit reduction - or at the earliest possible date **without** benefit reduction - or from	☐ ☐ day Tag / month Monat / year Jahr	Die Altersrente soll beginnen - zum frühestmöglichen Zeitpunkt **mit** Rentenminderung - oder zum frühestmöglichen Zeitpunkt **ohne** Rentenminderung - oder zum
5	**I hereby declare** that my employment(s) for remuneration and / or self-employment(s) - ended on (Please submit notification of cessation of work or business) - will end on	day Tag / month Monat / year Jahr day Tag / month Monat / year Jahr	**Ich erkläre hiermit**, dass ich meine Beschäftigung(en) gegen Entgelt und / oder selbständige(n) Tätigkeit(en) - aufgegeben habe zum (Bitte Bescheinigung über Aufgabe der Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit beifügen) - aufgeben werde zum
6	Also after the beginning of the German retirement benefit - I intend (to continue) to be in employment and / or self-employment. If yes, please further information: - **dependent employment** (inclusive of early retirement benefits from the employer) indicate monthly gross income (Please submit certificate from the employer)	☐ no nein ☐ yes ja ☐ no nein ☐ yes ja _____	Auch nach Beginn der deutschen Altersrente - beabsichtige ich (weiterhin) eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit auszuüben. Wenn ja, bitte weitere Angaben: - **abhängige Beschäftigung** (einschließlich Vorruhestandsgelder vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen)

- **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) 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.	☐ no nein ☐ yes ja _____ ☐ no nein ☐ yes ja	- **selbständige Tätigkeit** (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuererklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen) Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzuzahlender Betrag von bis zu 200 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.

D Additional information about the worker / Ergänzende Angaben zum Versicherten

1	When did you leave Germany?	day Tag / month Monat / year Jahr	Wann haben Sie Deutschland verlassen?
2	Last residence in Germany (place, district, street)		Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)
3	German personal identification number for tax purposes		Deutsche persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke
4	Are you a victim of National Socialist persecution as defined in the Federal Restitution Law or of political prosecution in the former GDR as defined in the Federal Law over the reconciliation of occupational disadvantages? **If yes**, please indicate: - restitution authority - reference number	☐ no nein ☐ yes ja	Sind Sie Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligung in der ehemaligen DDR? **Falls ja**, bitte angeben: - Entschädigungsbehörde - Aktenzeichen
5	Are you an expelled person or refugee as defined in the German Federal Law on Expelled Persons? (Please submit the **document for expelled persons**)	☐ no nein ☐ yes ja	Sind Sie Vertriebener oder Flüchtling im Sinne des deutschen Bundesvertriebenengesetzes? (Bitte **Vertriebenenausweis** beifügen)
6	Are you under German law severely disabled at least 50 %? (Please submit proof) Did you conclude an agreement with your employer on a **German** partial retirement before January 1, 2007? (Please submit proof)	☐ no nein ☐ yes ja ☐ no nein ☐ yes ja	Sind Sie nach **deutschen** Gesetzen mindestens 50 % als schwerbehinderter Mensch anerkannt? (Bitte Nachweis beifügen) Haben Sie vor dem 1. Januar 2007 mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über **deutsche** Altersteilzeit getroffen? (Bitte Nachweis beifügen)

Insurance number / Versicherungsnummer	Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)
6 d f 5 g 4 6 d 5 f 4 g	

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!

Insurance number / Versicherungsnummer: 6 d f 5 g 4 6 d 5 f 4 g

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

F Further information concerning the insurance record / Weitere Angaben zum Versicherungsleben

(Please submit proof, if not already previously submitted) / **(Bitte Nachweise beifügen, soweit nicht bereits früher übersandt)**

1	Did you ever receive a refund of contributions from the German pension insurance? **If yes**, please indicate: - insurance institution - insurance number, reference number	☐ no / nein ☐ yes / ja	Sind Ihnen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden? **Falls ja**, bitte angeben: - Versicherungsträger - Versicherungsnummer, Aktenzeichen
2	Has a settlement of pension entitlements under German law been accomplished? **If yes**, - Is your former partner still alive? - Name and address of the former partner - 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)	☐ no / nein ☐ yes / ja ☐ no / nein ☐ yes / ja ☐ no / nein ☐ yes / ja	Wurde für Sie ein Versorgungsausgleich nach deutschem Recht durchgeführt? **Falls ja**, - 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	Did you make a vocational training **in Germany** (even without graduation) ? Period Type of vocational training (Please submit proof) If applicable, graduation on (Please submit proof)	☐ no / nein ☐ yes / ja from / vom to / bis day / Tag month / Monat year / Jahr	Haben Sie **in Deutschland** eine Berufsausbildung gemacht (auch ohne Abschluss)? Zeitraum Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen) ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen)
4	Have you been unfit for work **in Germany** or have you received benefits for rehabilitation which are **not** contained in the insurance record? Periods (Please submit proof)	☐ no / nein ☐ yes / ja from / vom to / bis from / vom to / bis	Waren Sie **in Deutschland** arbeitsunfähig oder haben Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)
5	Have you been registered as unemployed **in Germany** and is this period **not** contained in the insurance record? Periods (Please submit proof)	☐ no / nein ☐ yes / ja from / vom to / bis from / vom to / bis	Waren Sie **in Deutschland** arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)
6	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? Periods (Please submit proof)	☐ no / nein ☐ yes / ja from / vom to / bis from / vom to / bis	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? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)

Insurance number / Versicherungsnummer

6 d f 5 g 4 6 d 5 f 4 g

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

7	Were you between your 17th and 25th year of life in Germany, in the USA or in another country at least one calendar month unfit for work and is this period **not** contained in the insurance record? Periods (Please submit proof)	☐ no nein from / vom from / vom	☐ yes ja to / bis to / bis	Waren Sie zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland, in den USA oder in einem anderen Staat arbeitsunfähig und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)
8	Did you reside in one of the following countries after turning 16: Australia, Finland, Iceland, Israel, Canada / Quebec, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland or, after turning 15, in Denmark or in the Netherlands?	☐ no nein	☐ yes ja	Haben Sie nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in Dänemark oder in den Niederlanden?

Period	from / vom	to / bis	country / Staat	Zeitraum
	insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer	
Period	from / vom	to / bis	country / Staat	Zeitraum
	insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer	
Period	from / vom	to / bis	country / Staat	Zeitraum
	insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer	

Have you worked also outside Germany? **If yes**, please give further information. Indicate also periods in special systems (e. g. civil servant / equated persons, EU-staff, self-employed, farmers).	☐ no nein	☐ yes ja	Waren Sie auch außerhalb Deutschlands erwerbstätig? **Falls ja**, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte / gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).

Period	from / vom	to / bis	country / Staat	Zeitraum
	insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer	
Period	from / vom	to / bis	country / Staat	Zeitraum
	insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer	
Period	from / vom	to / bis	country / Staat	Zeitraum
	insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer	
Period	from / vom	to / bis	country / Staat	Zeitraum
	insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer	
Period	from / vom	to / bis	country / Staat	Zeitraum
	insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer	

Insurance number / Versicherungsnummer: 6 d f 5 g 4 6 d 5 f 4 g

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

G Periods of child rearing if not already applied for earlier / Zeiten der Kindererziehung, soweit nicht bereits früher beantragt

(In case of child rearing in Germany further information is necessary)

(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	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)
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?	☐ no nein ☐ yes ja from / vom to / bis	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.	☐ no nein ☐ 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	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)
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?	☐ no nein ☐ yes ja from / vom to / bis	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.	☐ no nein ☐ 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: 6 d f 5 g 4 6 d 5 f 4 g

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)	day Tag / month Monat / year Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)
	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?	☐ no / nein ☐ yes / ja from / vom: to / bis:	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.	☐ no / nein ☐ 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

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	☐ no / nein ☐ yes / ja day Tag / month Monat / year Jahr	Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt? **Falls ja,** bitte angeben: - Name, Vorname - Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum
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?	☐ no / nein ☐ 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?
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?	☐ no / nein ☐ 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?

Insurance number / Versicherungsnummer: 6 d f 5 g 4 6 d 5 f 4 g

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

H Further information concerning other benefits / Weitere Angaben zu sonstigen Ansprüchen

1	Have you already applied for, are you receiveing or have you received a U.S. or other foreign pension?	☐ no / nein ☐ yes / ja	Haben Sie bereits eine amerikanische oder eine andere ausländische Rente beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?
	If yes, please indicate:	from / vom — to / bis	**Falls ja,** bitte angeben:
	- periods benefits were received		- Zeit des Bezuges
	- type of benefit		- Art der Rente
	- insurance agency (name and address)		- Versicherungsträger (Name und Anschrift)
	- insurance or reference number		- Versicherungsnummer oder Aktenzeichen
2	Have you applied for, are you receiving or have you received survivor's benefits under the German pension insurance?	☐ no / nein ☐ yes / ja	Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen Rentenversicherung beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?
	If yes, please indicate:		**Falls ja,** bitte angeben:
	- name and first name of the deceased spouse		- Name und Vorname des verstorbenen Ehegatten
	- date of death	day / Tag, month / Monat, year / Jahr	- Sterbetag
	- insurance agency		- Versicherungsträger
	- insurance number or date of birth of the deceased partner	day / Tag, month / Monat, year / Jahr	- Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Partners
3	Have you applied for or received a pension or lump-sum settlement from the German, the U.S. or another foreign accident insurance?	☐ no / nein ☐ yes / ja	Haben Sie eine Leistung aus der deutschen, der amerikanischen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine Unfallrente bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt?
	If yes, please indicate:		**Falls ja,** bitte angeben:
	- insurance agency and country (name and address)		- Versicherungsträger und Staat (Name und Anschrift)
	- reference number		- Aktenzeichen

I Declaration / Erklärung

Declaration	Erklärung
I assure that I have answered all questions in this application to the best of my knowledge. I am aware that if I have deliberately given false information, I become liable to prosecution by the authorities of the Federal Republic of Germany.	**Ich versichere,** dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann.
After application for and award of the pension, **I undertake** to immediately inform the pension insurance agency responsible for the payment of benefits of all changes which have an effect on the receipt of benefits and to pay back any overpaid amounts to the pension insurance agency.	**Ich verpflichte mich**, dem leistungspflichtigen Rentenversicherungsträger nach Antragstellung und Bewilligung der Rente unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Rentenversicherungsträger zurückzuzahlen.
I herewith authorize the U.S. Social Security Administration to give any and all information contained in its files to the competent German pension insurance agency, pertaining to citizenship, statelessness or refugee-status, the insured status (U.S. earnings record), the entitlement to pension benefits and child pension and the amounts. If it is necessary for the benefit claimed, furthermore **I authorize** the U.S. Social Security Administration to obtain medical reports from physicians and hospitals for the competent German pension insurance agency.	**Ich ermächtige hiermit** die U.S. Social Security Administration, dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den US-Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rentenleistung und Kinderleistung sowie deren Höhe zu geben, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Leistung erforderlich, **ermächtige ich** die U.S. Social Security Administration zudem, ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger zu beschaffen.
I consent that any information and evidence submitted, which applies to this application or which is required after a decision is reached concerning this application, may be given by the U.S. Social Security Administration to the competent German pension insurance agency and by the competent German pension insurance agency to the U.S. Social Security Administration to enable a decision on the entitlement to benefits.	**Ich willige ein**, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, von der U.S. Social Security Administration dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger und vom zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger der U.S. Social Security Administration zur Verfügung gestellt werden dürfen, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.
If it is necessary for processing the pension application, **I consent** that all medical evaluations and reports I submit for the pension procedure or contained in the files or issued during the pension procedure may be examined and used by the competent German pension insurance agency or the U.S. Social Security Administration. I further consent that the treating physicians, psychologists, and institutions give any necessary information about my health to these pension insurance agencies. This includes forwarding any medical document currently in their possession or issued during the pension procedure.	Soweit für die Bearbeitung des Rentenantrags erforderlich, **willige ich ein**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die ich im Rentenverfahren vorlege oder die in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger oder der U.S. Social Security Administration eingesehen und verwertet werden dürfen. Ich willige außerdem ein, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Rentenversicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden oder während des Rentenverfahrens erstellten medizinischen Unterlagen ein.
I understand that I can withdraw my consent at any time with effect for the future.	**Ich weiß**, dass ich jederzeit meine Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann.

Signature of the applicant	Unterschrift des Antragstellers
Date / Datum	Signature / Unterschrift

Please also complete and sign the **Declaration of Payment** in part K.

Bitte noch die **Zahlungserklärung** in Teil K ausfüllen und unterschreiben!

In case of an application for **a pension due to reduction in earning capacity** please also complete part L!

Bei Antrag auf **Rente wegen Erwerbsminderung** bitte auch Teil L ausfüllen!

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	day Tag / month Monat / year Jahr	Tag der Antragstellung nach Artikel 14 Absatz 1 des Abkommens
Have German periods been claimed in the application?	☐ no nein ☐ 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	☐ no nein ☐ 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	☐ no nein ☐ yes ja	- gültigen Reisepass
- other document(s) (please specify)	☐ no nein ☐ 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.	☐ no nein ☐ yes ja	Die Angaben zu den Kindern in Teil G (Name, Vorname, Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.
Date	day Tag / month Monat / year Jahr	Datum
Signature		Unterschrift
Stamp of the U. S. Social Security Administration		Stempel der U. S. Social Security Administration

Insurance number / Versicherungsnummer: 6 d f 5 g 4 6 d 5 f 4 g

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

K Declaration of Payment / Zahlungserklärung

1 Account in the USA / Konto in den USA

Benefits shall be paid by direct deposit to **my** account with a financial institution **in the USA.**

Die Leistung soll durch Überweisung auf **mein** Konto bei einem Geldinstitut in den USA gezahlt werden.

Name and address of beneficiary's bank / Name und Anschrift der Bank des Zahlungsempfängers

City, state and zip code / Ort, Bundesstaat, Postleitzahl

Routing Number & Check Digit / Routing Number & Check Digit

Account number / Kontonummer

Type of account / Art des Kontos

- Check Account (C) / Scheck-Konto (C)
- Savings Account (S) / Sparkonto (S)
- I am the **only** holder of the above mentioned account. I have **exclusive** right of disposal. / Ich bin **alleiniger** Inhaber des oben genannten Kontos und **allein** darüber verfügungsberechtigt.
- The above mentioned account is a **joint account** held by me and my spouse. / Das oben genannte Konto ist ein **Gemeinschaftskonto,** dessen Inhaber ich und mein Ehepartner sind.

  (Please let also the co-holder of the account sign the form at the end part K) / (Bitte auch den Mitinhaber am Ende des Teils K unterschreiben lassen)
- For the above mentioned account a written **account authorization** was granted for / Für das oben genannte Konto wurde eine **Kontovollmacht** erteilt für

  Name and address / Name und Anschrift

  (Please let also the person authorized to dispose of the account sign the form at the end of part K) / (Bitte auch den Kontobevollmächtigten am Ende des Teils K unterschreiben lassen)

2 Account in Germany / Konto in Deutschland

Benefits shall be paid by direct deposit to my account with a financial institution in the Federal Republic of Germany.

Die Leistung soll durch Überweisung auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland gezahlt werden.

Name, address of financial institution / Name, Anschrift des Geldinstituts

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 / Name und Anschrift des Kontoinhabers, sofern vom Berechtigten abweichend, bzw. des Kontomitinhabers oder Kontobevollmächtigten

(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) / (Bitte auch den Kontomitinhaber / Kontobevollmächtigten am Ende des Teils K unterschreiben lassen)

SWIFT Bank Identifier Code - BIC / SWIFT Bank Identifier Code - BIC

International Bank Account Number - IBAN / International Bank Account Number - IBAN

D E

Insurance number / Versicherungsnummer

6 d f 5 g 4 6 d 5 f 4 g

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

3 **Payment to authorized representative**

The pension arrears shall be paid to my authorized representative

- by direct deposit to the following account / trust account in the Federal Republic of Germany.

Zahlung an den Bevollmächtigten

Die Rentennachzahlung soll an meinen Bevollmächtigten gezahlt werden

- durch Überweisung auf das folgende Konto / Anderkonto in der Bundesrepublik Deutschland

SWIFT Bank Identifier Code - BIC

SWIFT Bank Identifier Code - BIC

International Bank Account Number - IBAN

D E

International Bank Account Number - IBAN

Name of financial institution

Name des Geldinstituts

Address of financial institution

Anschrift des Geldinstituts

4 **I hereby authorize** the Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service) to make all payments due to me as a beneficiary of a German pension to the bank indicated above for direct deposit into my account. The payments are to be electronically initiated for credit to the indicated account on the last banking day of the month in the State of New York. This authorization will remain in effect until further notice from me is received by the Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service), and this office has reasonable opportunity to act on it.

Ich ermächtige die Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service), alle mir als Empfänger einer Rente aus der Bundesrepublik Deutschland zustehenden Zahlungen an das oben genannte Geldinstitut zur Gutschrift auf mein Konto zu überweisen. Die Zahlungen sind auf elektronischem Wege am letzten Bankarbeitstag im Monat im Staat New York zur Gutschrift auf das angegebene Konto anzuweisen. Diese Ermächtigung behält solange ihre Gültigkeit, bis die Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service) anders lautende Weisung von mir erhält und ausreichend Gelegenheit dazu hat, danach zu verfahren.

I declare that the claim is satisfied when the pension is transferred in the manner indicated by me on this form.

Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Leistung in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.

I / We commit to inform the **Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13496 Berlin, GERMANY** immediately by letter of any changes in circumstances affecting payment or the amount of the pension or the right to receive a pension.

Ich / Wir verpflichte(n) mich / uns, jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich dem Standort der **Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13496 Berlin, DEUTSCHLAND** mitzuteilen.

Furthermore I / we commit to pay back overpaid amounts to the **Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln, GERMANY** as the pension paying office. For this purpose I / we have instructed the financial institution which maintains my / our account to return overpaid amounts by transfer to the Deutsche Post AG, Niederlassung, Renten Service, 50417 Köln or respectively the **Deutsche Post AG** is herewith empowered to collect the overpaid amounts from my / our account at the respective financial institution. These instructions and authorization are also binding for my heirs. This may only be revoked by myself an not by my heirs.

Ferner verpflichte(n) ich / wir mich / uns, zu viel gezahlte Beträge an die **Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln, DEUTSCHLAND** als Rentenüberweisungsstelle zurückzuzahlen. Dazu habe(n) ich / wir das jeweils kontoführende Geldinstitut - mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber - beauftragt, die zu viel gezahlten Beträge an die Deutsche Post AG, Niederlassung Renten, Service, 50417 Köln zurückzuüberweisen bzw. die **Deutsche Post AG** ist hiermit ermächtigt, die zu viel gezahlten Beträge von meinem / unserem Konto bei dem jeweils kontoführenden Geldinstitut einzuziehen. Dieser Auftrag bzw. die Ermächtigung kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - widerrufen werden.

Date / Datum

Signature of the applicant / Unterschrift des Antragstellers

Signature of the account co-owner or persons authorized to dispose of the account / Unterschrift des Kontomitinhabers oder der Kontobevollmächtigten

5 **Confirmation from the financial institution / Bestätigung des Geldinstituts**

We certify the representations under item 1.
Wir bestätigen die Angaben unter Punkt 1.

Location, date / Ort, Datum

Signature, Stamp of financial institution / Unterschrift, Stempel des Geldinstituts

☐ **Instead** I have attached an unsigned blank cheque from my bank account with "VOID" written on it.
Stattdessen habe ich einen nicht unterschriebenen Blankoscheck von meinem Bankkonto mit der Aufschrift "Ungültig" versehen und beigefügt.

Insurance number / Versicherungsnummer: 6 d f 5 g 4 6 d 5 f 4 g

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

L Information concerning reduced earning capacity / Angaben zur Erwerbsminderung

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.

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	Are you currently unable to work due to illness? **If yes,** since when?	☐ no / nein ☐ yes / ja day / Tag, month / Monat, year / Jahr	Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank? **Falls ja,** seit wann?
2	Since when do you estimate that your earning capacity has been reduced?	day / Tag, month / Monat, year / Jahr	Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert?
3	Did you receive as from this date income resulting from - **dependent employment** (inclusive early retirement benefits from the employer) indicate monthly gross income (Please submit certificate from the employer) - **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)	☐ no / nein ☐ yes / ja _____ ☐ no / nein ☐ yes / ja _____	Haben Sie ab diesem Zeitpunkt Erwerbseinkommen bezogen aus - **abhängiger Beschäftigung** (einschließlich Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen) - **selbständige Tätigkeit** (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit; Land- und Forstwirtschaft) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuerklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen)
4	Did you receive as from this date short-term income as substitute for an income from a gainful employment from - statutory benefits for inability to work due to illness, accident, occupational disease etc. Type of benefit Periods of drawing the benefit Monthly gross income which was the basis for the statutory benefit - **Assessment basis** (Please submit proof) - statutory benefits for unemployment, short time work, work deficiency related to the weather - statutory benefits for maternity Type of benefit Periods of drawing the benefit Monthly gross income which was the basis for the statutory benefit - **Assessment basis** (Please submit proof) 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.	☐ no / nein ☐ yes / ja from / vom, to / bis _____ ☐ no / nein ☐ yes / ja ☐ no / nein ☐ yes / ja from / vom, to / bis _____ ☐ no / nein ☐ yes / ja	Haben Sie ab diesem Zeitpunkt kurzfristiges Erwerbsersatz-einkommen bezogen aus - gesetzlicher Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfalls, Berufskrankheit usw. Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - **Bemessungsgrundlage** (Bitte Nachweis beifügen) - gesetzlicher Leistung wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeitergeld, witterungsbedingten Arbeitsausfalls - gesetzlicher Leistung wegen Mutterschaft Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - **Bemessungsgrundlage** (Bitte Nachweis beifügen) Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzuzahlender Betrag von bis zu 200 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.

Insurance number / Versicherungsnummer: 6 d f 5 g 4 6 d 5 f 4 g

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

5	Due to which illness do you estimate that your earning capacity is reduced? (Please submit your **medical findings and documents**)		Wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie Ihre **ärztlichen Befunde und Unterlagen** bei)
6	What types of work do you consider yourself still able to perform?		Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten?
	To what extent?	hours per day / Stunden täglich	In welchem Umfang?
7	Did you complete successfully a vocational training, retraining, earn further qualifications	☐ no nein ☐ yes ja	Haben Sie erfolgreich eine Berufsausbildung, Umschulung, weitere Qualifizierung absolviert
	or were you a trainee?	☐ no nein ☐ yes ja	oder bestand ein Anlernverhältnis?
	Commencement and end profession or job you trained for (Please submit proof)	from / vom to / bis	Beginn und Ende erlernter oder angelernter Beruf (Bitte Nachweis beifügen)
8	Was the impairment of health caused by an occupational disease, an accident or another person?	☐ no nein ☐ yes ja	Ist die Gesundheitsstörung durch eine Berufskrankheit, einen Unfall oder eine andere Person verursacht worden?
	If yes, please indicate: - the cause		**Falls ja,** bitte angeben: - die Ursache
	- the day of accident	day Tag / month Monat / year Jahr	- der Tag des Unfalls
	If the accident was caused by another person, please indicate the name and address of the person responsible.		**Falls der Unfall** durch eine andere Person verursacht wurde, bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben.
	Has a claim for compensation of damages been filed?	☐ no nein ☐ yes ja	Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht?
	If yes, against whom? (Please indicate name and address)		**Falls ja,** gegen wen? (Bitte Name und Anschrift angeben)
9	Did you receive medical outpatient treatment recently or were medical examinations arranged for you in recent years? (Please submit medical documents)	☐ no nein ☐ yes ja	Waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung oder wurden in den letzten Jahren ärztliche Untersuchungen veranlasst? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei)
	If yes, please indicate: - name and address of physician		**Falls ja,** bitte angeben: - Name und Anschrift des Arztes
	- type of illness		- Art der Leiden
	- dates of treatment	from / vom to / bis	- Beginn und Ende der Behandlung

Insurance number / Versicherungsnummer	Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)
6 d f 5 g 4 6 d 5 f 4 g	

10	Did you receive inpatient treatment in a hospital in recent years? (Please submit medical documentations) **If yes,** please indicate: - name and address of the hospital - type of illness - dates of treatment	☐ no nein	☐ yes ja	Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei) **Falls ja,** bitte angeben: - Name und Anschrift des Krankenhauses - Art der Leiden - Beginn und Ende der Behandlung
		from / vom	to / bis	