

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



D / USA 2

Application for Survivor's Pension
from the German Pension Insurance

The enclosed guide will help you to complete this application. Please answer all questions accurately, mark everything applicable and submit all required proof.

Antrag auf Hinterbliebenenrente
aus der Deutschen Rentenversicherung

Die beiliegenden Erläuterungen sollen Ihnen beim Ausfüllen des Antrags helfen. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie alle notwendigen Nachweise bei.

A Information concerning the deceased person

Angaben zur Person des verstorbenen 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 N)	day Tag	month Monat	year Jahr		Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)
9	Place of birth (city, country, state)					Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
10	Date of death (Please submit the death certificate)	day Tag	month Monat	year Jahr		Sterbedatum (Bitte Sterbeurkunde beifügen)
11	Sex	<input type="checkbox"/> male männlich		<input type="checkbox"/> female weiblich		Geschlecht
		<input type="checkbox"/> without record ohne Eintrag		<input type="checkbox"/> divers divers		
12	(Dual) citizenship at time of death (Please submit proof or have it confirmed in part N)					Staatsangehörigkeit(en) im Zeitpunkt des Todes (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)
13	When did the deceased person leave Germany?	day Tag	month Monat	year Jahr		Wann hat der Verstorbene Deutschland verlassen?
14	Last residence in Germany (place, district, street)					Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)



Insurance number / Versicherungsnummer
--

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

B Particulars of the widow / widower / the surviving civil union partner

(Please provide information on orphan(s) in part H)

For detailed information about the surviving partner from a registered same-sex civil union please see guide.

Personalien der Witwe / des Witwers / des hinterbliebenen Lebenspartners

(Bitte Personalien der Waise(n) im Teil H eintragen)

Nähere Informationen zum hinterbliebenen Lebenspartner können Sie den Erläuterungen entnehmen.

1	Name		Name						
2	First names (Please underline name normally used)		Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)						
3	Name at birth (if different)		Geburtsname (wenn abweichend)						
4	Other names used in the past		Frühere Namen						
5	Date of birth (Please submit proof or have it confirmed in part N)	<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 N bestätigen lassen)
day Tag	month Monat	year Jahr							
6	Present (dual) citizenship (Please submit proof or have it confirmed in part N)		Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)						
7	Address		Anschrift						
8	Telephone number		Telefonnummer						
9	Fax number		Telefaxnummer						
10	Did you live in Germany? If yes, when did you leave Germany?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja <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				Haben Sie in Deutschland gelebt? Falls ja, wann haben Sie Deutschland verlassen?
day Tag	month Monat	year Jahr							
11	Own German insurance number of the survivor		Eigene deutsche Versicherungsnummer des Hinterbliebenen						
12	Own U.S. Social Security Number		Eigene US-Sozialversicherungsnummer						
13	Date of marriage / registration of the same-sex civil union to the insured person (Please submit the marriage / registration certificate or have it confirmed in part N.)	<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 Eheschließung / der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit dem Versicherten (Bitte Heirats- / Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)
day Tag	month Monat	year Jahr							
14	Did this marriage / civil union continue until the death of the insured person?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Bestand die Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod des Versicherten?						
15	Have you remarried / registered a civil union since the death of the insured person? If yes, on the	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja <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				Haben Sie nach dem Tod des Versicherten wieder geheiratet / eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet? Falls ja, am
day Tag	month Monat	year Jahr							



C 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

D Type of benefit claimed**Beantragte Leistungsart**

1	Widow's / Widower's benefit / Pension for survivors from a registered partnership	<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente / Rente an Hinterbliebene aus Eingetragener Lebenspartnerschaft
2	Widow's / Widower's benefit from the previous spouse / civil union partner	<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten / Eingetragenen Lebenspartner
3	Widow's / Widower's benefit for spouses divorced before July 1, 1977 (Please submit divorce decree)	<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente an vor dem 01.07.1977 geschiedene Ehegatten (Bitte Scheidungsurteil beifügen)
4	Orphan's benefit (particulars of the orphans in part G)	<input type="checkbox"/>	Waisenrente (Angaben zu den Waisen in Teil G)

Only to be filled in, if you have not yet reached the age for major widow's pension (see guide part D, items 5 and 6).

Nur ausfüllen, falls Sie noch nicht das Alter für eine große Witwenrente / Witwerrente erreicht haben (siehe Erläuterungen Teil D, Punkt 5 und 6).

5	Are you raising at least one child under the age of 18 or taking care of a handicapped child who is therefore not able to support himself / herself? (Please submit birth certificate or proof concerning the handicap) If yes , please indicate: - child's name - child's date of birth	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Erziehen Sie noch ein Kind unter 18 Jahren oder sorgen Sie für ein Kind, das wegen Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten? (Bitte Geburtsnachweis oder Nachweis über die Behinderung beifügen) Falls ja , bitte angeben: - Name des Kindes - Geburtsdatum des Kindes
6	Do you consider yourself to be of reduced earning capacity? (Please submit medical findings and documentation)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie ärztliche Befunde und Unterlagen bei)



**I Information concerning the own
current income of the survivor****Angaben zum eigenen laufenden
Einkommen des Hinterbliebenen**

<p>Since the death of the insured, do you or have you received</p> <p>1 income resulting from</p> <ul style="list-style-type: none"> - employment (inclusive of early retirement benefits, allowances and compensations from the employer) - self-employment (business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.) 	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Seit dem Tod des Versicherten beziehen oder bezogen Sie</p> <p>Einkommen aus</p> <ul style="list-style-type: none"> - abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber) - selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)
<p>2 short-term cash benefits in lieu of earned income such as statutory or private benefits due to sickness, accident, unemployment or maternity</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>kurzfristiges Erwerbseinkommen wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld</p>
<p>3 long-term cash benefits in lieu of earned income</p> <ul style="list-style-type: none"> - own insurance benefits or pension from the German, U.S. or another statutory pension or accident insurance or superannuation scheme - insurance agency / country - insurance or reference number - own benefits from the employer or a private life, accident or pension insurance 	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>dauerhaftes Erwerbseinkommen</p> <ul style="list-style-type: none"> - eigene Rente aus der deutschen, amerikanischen oder einer anderen gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung oder einem Versorgungssystem - Versicherungsträger / Staat - Versicherungsnummer / Aktenzeichen - eigene Rente vom Arbeitgeber oder aus einer privaten Lebens-, Unfall- oder Rentenversicherung
<p>4 Have you claimed short-term or long-term cash benefits?</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Haben Sie ein kurzfristiges oder dauerhaftes Erwerbseinkommen beantragt?</p>
<p>5 Was a lump-sum settlement made in lieu of a recurrent benefit?</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Wurde anstelle einer dauerhaften Leistung eine Abfindung gewährt?</p>
<p>6 income from property</p> <ul style="list-style-type: none"> - from capital assets (interests, dividends, profits from shares or other participations) - from insurances - from letting / leasing - from private sale transactions 	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Vermögenseinkommen</p> <ul style="list-style-type: none"> - aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, Gewinne aus Aktien oder anderen Beteiligungen) - aus Versicherungen - aus Vermietung / Verpachtung - aus privaten Veräußerungsgeschäften
<p>7 Are you as claimant covered by health insurance? (Please submit proof)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Sind Sie als Antragsteller krankenversichert? (Bitte Nachweis beifügen)</p>



Insurance number / Versicherungsnummer
--

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

<p>8 Are there any children under the age of 27 for whom no orphan's benefit is applied for because they are not children of the deceased?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - child's name and first name - child's date of birth <p>For children who have reached the age of 18, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - type of education or - handicap (Please submit proof) 	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Sind weitere Kinder unter 27 Jahren vorhanden, für die keine Waisenrente beantragt wird, weil sie nicht Kinder des Verstorbenen sind?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name und Vorname des Kindes - Geburtsdatum des Kindes <p>Bei Kindern, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art der Ausbildung oder - Behinderung (Bitte Nachweis beifügen) 	
	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> </table>		day Tag
day Tag	month Monat	year Jahr	

Information concerning the own income of the survivor during the calendar year prior to the pension start

Angaben zum eigenen Einkommen des Hinterbliebenen im Kalenderjahr vor Rentenbeginn

<p>9 During the calendar year prior to the death of the insured did you receive</p> <p>income resulting from</p> <ul style="list-style-type: none"> - employment (inclusive of early retirement benefits, allowances and compensations from the employer) - self-employment (business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.) <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periods 	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Im Kalenderjahr vor dem Tod des Versicherten bezogen Sie</p> <p>Einkommen aus</p> <ul style="list-style-type: none"> - abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber) - selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.) <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeiträume 		
	<table border="1"> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> </tr> </table>		from / vom	to / bis
from / vom	to / bis			
from / vom	to / bis			
<p>10 short-term cash benefits in lieu of earned income such as statutory or private benefits due to sickness, accident, unemployment or maternity</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periods of drawing 	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>kurzfristiges Erwerbseinkommen wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeiträume des Bezuges 		
	<table border="1"> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> </tr> </table>		from / vom	to / bis
from / vom	to / bis			
from / vom	to / bis			



Insurance number / Versicherungsnummer
--

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

7	<p>Did the deceased person graduate from school, vocational school, technical college or college after turning 17 and is this period not contained in his / her insurance record?</p>	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	<p>Hat der Verstorbene nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland oder im Ausland absolviert und ist diese Zeit nicht im Versicherungsverlauf enthalten?</p>																							
		<table border="1"> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> </tr> </table>		from / vom	to / bis	from / vom	to / bis	<p>Zeiträume (Bitte Nachweis beifügen)</p>																		
from / vom	to / bis																									
from / vom	to / bis																									
8	<p>Was the deceased person between his / her 17th and 25th year of life in Germany, in the U.S. or in another country at least one calendar month unfit for work and is this period not contained in his / her insurance record?</p>	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	<p>War der Verstorbene 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 nicht im Versicherungsverlauf enthalten?</p>																							
		<table border="1"> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> </tr> </table>		from / vom	to / bis	from / vom	to / bis	<p>Zeiträume (Bitte Nachweis beifügen)</p>																		
from / vom	to / bis																									
from / vom	to / bis																									
9	<p>Did the deceased person 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?</p>	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	<p>Hat der Verstorbene 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?</p>																							
		<table border="1"> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>country / Staat</td> </tr> <tr> <td>insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>country / Staat</td> </tr> <tr> <td>insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> </table>		from / vom	to / bis	country / Staat	insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer		from / vom	to / bis	country / Staat	insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer		<p>Zeitraum</p>										
from / vom	to / bis	country / Staat																								
insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer																									
from / vom	to / bis	country / Staat																								
insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer																									
	<p>Has the deceased person worked 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).</p>	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	<p>War der Verstorbene auch außerhalb Deutschlands erwerbstätig? Wenn ja, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte / gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).</p>																							
	<table border="1"> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>country / Staat</td> </tr> <tr> <td>insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>country / Staat</td> </tr> <tr> <td>insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>country / Staat</td> </tr> <tr> <td>insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>country / Staat</td> </tr> <tr> <td>insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> </table>	from / vom	to / bis	country / Staat	insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer		from / vom	to / bis	country / Staat	insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer		from / vom	to / bis	country / Staat	insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer		from / vom	to / bis	country / Staat	insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer		<p>Zeitraum</p>
from / vom	to / bis	country / Staat																								
insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer																									
from / vom	to / bis	country / Staat																								
insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer																									
from / vom	to / bis	country / Staat																								
insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer																									
from / vom	to / bis	country / Staat																								
insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer																									
	<table border="1"> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>country / Staat</td> </tr> <tr> <td>insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>country / Staat</td> </tr> <tr> <td>insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>country / Staat</td> </tr> <tr> <td>insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>country / Staat</td> </tr> <tr> <td>insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> </table>	from / vom	to / bis	country / Staat	insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer		from / vom	to / bis	country / Staat	insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer		from / vom	to / bis	country / Staat	insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer		from / vom	to / bis	country / Staat	insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer		<p>Zeitraum</p>
from / vom	to / bis	country / Staat																								
insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer																									
from / vom	to / bis	country / Staat																								
insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer																									
from / vom	to / bis	country / Staat																								
insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer																									
from / vom	to / bis	country / Staat																								
insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer																									
	<table border="1"> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>country / Staat</td> </tr> <tr> <td>insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>country / Staat</td> </tr> <tr> <td>insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>country / Staat</td> </tr> <tr> <td>insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> </table>	from / vom	to / bis	country / Staat	insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer		from / vom	to / bis	country / Staat	insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer		from / vom	to / bis	country / Staat	insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer		<p>Zeitraum</p>						
from / vom	to / bis	country / Staat																								
insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer																									
from / vom	to / bis	country / Staat																								
insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer																									
from / vom	to / bis	country / Staat																								
insurance agency / Versicherungsträger	insurance number / Versicherungsnummer																									



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 N)	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">day Tag</td> <td style="width: 10%;">month Monat</td> <td style="width: 10%;">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 N bestätigen lassen)						
day Tag	month Monat	year Jahr													
	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)												
	Was the decedent during her pregnancy employed and did she have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> no nein</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">from / vom</td> <td style="text-align: right;">to / bis</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	from / vom	to / bis	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?								
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja														
from / vom	to / bis														
	The deceased person did predominantly raise the child from his / her birth to his / her 10th birthday.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> no nein</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	Der Verstorbene hat 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 countries / in folgenden Staaten														
		from / vom	to / bis												
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">day Tag</td> <td style="width: 10%;">month Monat</td> <td style="width: 10%;">year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">day Tag</td> <td style="width: 10%;">month Monat</td> <td style="width: 10%;">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" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">day Tag</td> <td style="width: 10%;">month Monat</td> <td style="width: 10%;">year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">day Tag</td> <td style="width: 10%;">month Monat</td> <td style="width: 10%;">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" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">day Tag</td> <td style="width: 10%;">month Monat</td> <td style="width: 10%;">year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">day Tag</td> <td style="width: 10%;">month Monat</td> <td style="width: 10%;">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?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> no nein</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt?										
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja														
	If yes , please indicate: - name, first name - German insurance number or date of birth	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">day Tag</td> <td style="width: 10%;">month Monat</td> <td style="width: 10%;">year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				Falls ja , bitte angeben: - Name, Vorname - Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum						
day Tag	month Monat	year Jahr													
5	Did you or the deceased person 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" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> no nein</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	Haben Sie oder der Verstorbene 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	Was the deceased person 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 such a member immediately before the birth of one of the children or during the claimed child rearing periods?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> no nein</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	War der Verstorbene 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														



M 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.

After application for and award of the pension, **I undertake** to immediately inform the pension insurance agency responsible for the payment of benefits of

- any changes in my family circumstances and the application and receipt of benefits and income listed under part F, H and I.
- any changes which affect the drawing of the survivor's / orphan's pension (e.g. interruption or termination of training)
- death of the child, etc.

in writing and to pay back any overpaid amounts to the pension insurance agency.

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), retirement, survivors or disability insurance and child- insurance benefit claims and their 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.

I consent that any information and evidence submitted, which applies to this application or which is required after a decision has been 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.

Only for applications for the major widow's / widower's pension if you have not yet reached the required age, are not raising children and consider yourself to be of reduced earning capacity, as well as for applications for orphan's pension due to handicap:

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 concerning my health to these pension insurance agencies. This includes forwarding any medical document currently in their possession or issued during the pension procedure.

I understand that I can withdraw my consent at any time with effect for the future.

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wesentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich verpflichte mich, dem leistungspflichtigen Rentenversicherungsträger nach Antragstellung und nach Bewilligung der Rente unverzüglich

- jede Änderung meiner Familienverhältnisse und die Beantragung und den Empfang der im Teil F, H und I aufgeführten Leistungen bzw. Einnahmen
- Änderungen, die auf den Bezug der Hinterbliebenen- / Waisenrente Einfluss haben (z. B. Unterbrechung oder Beendigung der Ausbildung)
- den Tod des Kindes usw.

schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Rentenversicherungsträger zurückzuzahlen.

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.

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.

Nur für Anträge auf große Witwen- / Witwerrente, wenn Sie das entsprechende Lebensalter noch nicht erreicht haben, kein Kind erziehen und sich für erwerbsgemindert halten sowie bei Anträgen auf Waisenrente wegen Behinderung:

Soweit für die Bearbeitung des Rentenanspruches 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.

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** at the end of the form (part O)!

Bitte noch die **Zahlungserklärung** am Ende des Formblatts (Teil O) ausfüllen und unterschreiben!



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

Day 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						
The particulars (name, first name, date of birth, as well as the citizenship) concerning the deceased (part A) and the survivor(s) (part B und G) are confirmed by :	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Die Angaben zur Person (Name, Vorname, Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) des Verstorbenen (Teil A) und der Hinterbliebenen (Teil B und G) 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 particulars concerning the date of death and the marriage / civil union until the death are confirmed by the attached copy of the original:	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Die Angaben zum Sterbedatum und zur bis zum Tode bestehenden Ehe / Eingetragenen Lebenspartnerschaft werden bestätigt durch die beigefügte Kopie des Originals:						
- death certificate	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	- Sterbeurkunde						
- other document(s) (please specify)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	- sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)						
The information about the children in part L (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 L (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)
--

O Declaration of Payment

Zahlungserklärung

1	<p>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> <hr/> <p>City, state and zip code</p> <p>Routing Number & Check Digit</p> <p>Account number</p> <p>Type of account</p> <p>- Check Account (C) <input type="checkbox"/></p> <p>- Savings Account (S) <input type="checkbox"/></p> <p>- I am the only holder of the above mentioned account. I have exclusive right of disposal. <input type="checkbox"/></p> <p>- For the above mentioned account a written account authorization was granted for <input type="checkbox"/></p> <p>Name and address (Please let also the person authorized to dispose of the account sign the form at the end of part O)</p>	<input type="checkbox"/>	<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> <hr/> <p>Ort, Bundesstaat, Postleitzahl</p> <p>Routing Number & Check Digit</p> <p>Kontonummer</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>- Für das oben genannte Konto wurde eine Kontovollmacht erteilt für</p> <p>Name und Anschrift (Bitte auch den Kontobevollmächtigten am Ende des Teils O unterschreiben lassen)</p>
2	<p>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> <hr/> <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 O)</p>	<input type="checkbox"/>	<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> <hr/> <p>Name und Anschrift des Kontoinhabers, sofern vom Berechtigten abweichend, bzw. des Kontomitnehmers oder Kontobevollmächtigten (Bitte auch den Kontomitnehmer / Kontobevollmächtigten am Ende des Teils O unterschreiben lassen)</p>
	<p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p>		<p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p>
	<p>International Bank Account Number - IBAN</p>		<p>International Bank Account Number - IBAN</p>



