

**Deutsche Rentenversicherung
Oldenburg-Bremen**
Postal address: Postbox 10 37 03
28037 Bremen
GERMANY
Telephone: +49 421 3407 0
Facsimile: +49 421 3407 257

**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**

AUS / D 1

Social Security Agreement between the Federal Republic of Germany and Australia
Sozialversicherungsabkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Australien

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		Deutsche Versicherungsnummer						
2	Code (if known)		Kennzeichen (soweit bekannt)						
3	Customer reference number		Australische Kundennummer						
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)	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)
day Tag	month Monat	year Jahr							
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) living in registered same-sex civil union nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> married / remarried / living in registered same-sex civil union verheiratet / wieder verheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	Familienstand						



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer
--

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

B Application filed by another person

**Antragstellung durch andere Person
(Vollmacht / Nachweis bitte beifügen)**

(Please enclose authority)

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	Old-age pension	<input type="checkbox"/>	Altersrente
2	Benefits for reduction in earning capacity (Please fill out part L as well)	<input type="checkbox"/>	Rente wegen Erwerbsminderung (Bitte auch Teil L ausfüllen)
3	Child-rearing benefits if divorced after 30 June 1977 and raising or caring for a child	<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente für nach dem 30. Juni 1977 Geschiedene, die Kinder erziehen oder betreuen
4	The old-age pension should begin - at the earliest possible date with benefit reduction - or at the earliest possible date without benefit reduction - or from	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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) in Australia - 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) in Australien - aufgegeben habe zum (Bitte Bescheinigung über Aufgabe der Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit beifügen) - aufgeben werde zum
6	Also after the beginning of the German old-age pension - 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)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja <input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> 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)



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--

<p>- self-employment (business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.)</p> <p>indicate monthly prospective profit according to tax law (Please submit last Tax Return Form or certificate from the tax consultant)</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</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>- selbständige Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)</p> <p>voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuererklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen)</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzahlender Betrag von bis zu 200 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.</p>
--	---	--

D Additional information about the worker

Ergänzende Angaben zum Versicherten

1	When did you leave Germany?	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">day Tag</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">month Monat</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">year Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				Wann haben Sie Deutschland verlassen?
day Tag	month Monat	year Jahr							
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	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Sind Sie Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligung in der ehemaligen DDR?</p> <p>Falls ja, bitte angeben: - Entschädigungsbehörde - Aktenzeichen</p>						
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)	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Sind Sie Vertriebener oder Flüchtling im Sinne des deutschen Bundesvertriebenengesetzes? (Bitte Vertriebenenausweis beifügen)</p>						
6	Are you under German law severely disabled at least 50 %? (Please submit proof)	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Sind Sie nach deutschen Gesetzen mindestens 50 % als schwerbehinderter Mensch anerkannt? (Bitte Nachweis beifügen)</p>						
	Did you conclude an agreement with your employer on a German partial retirement before January 1, 2007? (Please submit proof)	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Haben Sie vor dem 1. Januar 2007 mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über deutsche Altersteilzeit getroffen? (Bitte Nachweis beifügen)</p>						



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--

E Information concerning the German insurance record

Please indicate hereafter all

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

Please restrict to the periods which are **not** contained in your insurance record. Please enclose appropriate proof. If required, you may request an insurance record from your German pension insurance agency.

E Angaben zum deutschen Versicherungsleben

Bitte machen Sie hier Angaben über

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

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

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



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer
--

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

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	Did you ever receive a refund of contributions from the German pension insurance? If yes , please indicate: - insurance institution - insurance number, reference number	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja <input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja <input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> 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)



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7	Were you between your 17th and 25th year of life in Germany, in Australia 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)	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> no nein</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">from / vom</td> <td style="text-align: center;">to / bis</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">from / vom</td> <td style="text-align: center;">to / bis</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	from / vom	to / bis	from / vom	to / bis	Waren Sie zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland, in Australien oder in einem anderen Staat arbeitsunfähig und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)																																																						
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja																																																														
from / vom	to / bis																																																														
from / vom	to / bis																																																														
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?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> no nein</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> 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?																																																										
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja																																																														
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">Period</td> <td style="width: 40%;">from / vom</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">to / bis</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">country / Staat</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Zeitraum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Period</td> <td>from / vom</td> <td style="text-align: center;">to / bis</td> <td style="text-align: center;">country / Staat</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Zeitraum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> <td></td> </tr> </table>	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																																																												
9	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).	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> no nein</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> 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).																																																										
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja																																																														
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">Period</td> <td style="width: 40%;">from / vom</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">to / bis</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">country / Staat</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Zeitraum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Period</td> <td>from / vom</td> <td style="text-align: center;">to / bis</td> <td style="text-align: center;">country / Staat</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Zeitraum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Period</td> <td>from / vom</td> <td style="text-align: center;">to / bis</td> <td style="text-align: center;">country / Staat</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Zeitraum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Period</td> <td>from / vom</td> <td style="text-align: center;">to / bis</td> <td style="text-align: center;">country / Staat</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Zeitraum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Period</td> <td>from / vom</td> <td style="text-align: center;">to / bis</td> <td style="text-align: center;">country / Staat</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Zeitraum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">insurance agency / Versicherungsträger</td> <td colspan="2">insurance number / Versicherungsnummer</td> <td></td> </tr> </table>	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				
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																																																												



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

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
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



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

3	Name of the child		Name des Kindes																		
	First names (Please underline name normally used)		Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)																		
	Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in part J)	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)												
day Tag	month Monat	year Jahr																			
	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)																		
	Were you employed during the pregnancy and did you have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	from / vom	to / bis	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?														
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja																				
from / vom	to / bis																				
	From birth to the 10th birthday I have predominantly raised the child.	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.																
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja																				
	in the following country / im folgenden Staat	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">from / vom</td> <td colspan="3">to / bis</td> </tr> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	from / vom			to / bis			day Tag	month Monat	year Jahr	day Tag	month Monat	year Jahr							
from / vom			to / bis																		
day Tag	month Monat	year Jahr	day Tag	month Monat	year Jahr																
		<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr	day Tag	month Monat	year Jahr													
day Tag	month Monat	year Jahr	day Tag	month Monat	year Jahr																
		<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	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	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <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> </td> </tr> </table>	<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				<p>Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt?</p> <p>Falls ja, bitte angeben: - Name, Vorname</p> <p>- Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum</p>								
<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																	
day Tag	month Monat	year Jahr																			
5	Did you, your spouse or your registered civil union partner pay compulsory contributions to the German statutory pension insurance fund for an employment / occupation outside Germany immediately before or during a child rearing period?	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	Haben Sie, Ihr Ehegatte oder Ihr Eingetragener Lebenspartner unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung / Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?																
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja																				
6	Were you a member or civilian component of foreign military forces within the meaning of the NATO Status of Forces Agreement, a member of the allied authorities and forces in Germany, including Berlin (West), or a family member of those immediately before the birth of one of the children or during the claimed child rearing periods?	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der genannten Kinder oder während der aufgeführten Kindererziehungszeiten Mitglied oder ziviles Gefolge von ausländischen Streitkräften im Sinne des NATO-Truppenstatuts, der alliierten Behörden und Streitkräfte in Deutschland, einschließlich Berlin (West), oder Familienangehöriger eines solchen Mitgliedes?																
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja																				



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

H Further information concerning other benefits

Weitere Angaben zu sonstigen Ansprüchen

<p>1 Have you already applied for, are you receiving or have you received an Australian or other foreign pension?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / vom to / bis</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periods benefits were received - type of benefit - insurance agency (name and address) - insurance or reference number 	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / vom to / bis</p>	<p>Haben Sie bereits eine australische oder eine andere ausländische Rente beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeit des Bezuges - Art der Rente - Versicherungsträger (Name und Anschrift) - Versicherungsnummer oder Aktenzeichen
<p>2 Have you applied for, are you receiving or have you received survivor's benefits under 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"> - name and first name of the deceased spouse - date of death - insurance agency - insurance number or date of birth of the deceased partner 	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>day Tag month Monat year Jahr</p> <p>day Tag month Monat year Jahr</p>	<p>Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen Rentenversicherung beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name und Vorname des verstorbenen Ehegatten - Sterbedatum - Versicherungsträger - Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Partners
<p>3 Have you applied for or received a pension or lump-sum settlement from the German, the Australian or another foreign accident 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 agency and country (name and address) - reference number 	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Haben Sie eine Leistung aus der deutschen, der australischen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine Unfallrente bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger und Staat (Name und Anschrift) - Aktenzeichen



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I 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 all changes which have an effect on the receipt of benefits and to pay back any overpaid amounts to the pension insurance agency.

I herewith authorize Services Australia - International Services to give any and all information contained in its files to the competent German pension insurance agency, pertaining to citizenship, statelessness or refugee-status, Australian Working life residence, the entitlement to pension benefits and child's benefit and the amounts. If it is necessary for the benefit claimed, furthermore

I authorize Services Australia - International Services 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 is reached concerning this application, may be given by Services Australia - International Services to the competent German pension insurance agency and by the competent German pension insurance agency to Services Australia - International Services to enable a decision on the entitlement to benefits.

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 Services Australia - International Services. 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.

I understand that I can withdraw my consents 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 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.

Ich ermächtige hiermit Services Australia - International Services, dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, australische Wohnzeit während des Arbeitslebens, den Anspruch auf Rentenleistung und Kinderleistung sowie dessen Höhe zu geben, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Leistung erforderlich, **ermächtige ich** Services Australia - International Services 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 Services Australia - International Services dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger und vom zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger Services Australia - International Services zur Verfügung gestellt werden dürfen, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

Soweit für die Bearbeitung des Rentenanspruchs erforderlich, **willige ich ein**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die ich im Rentenverfahren vorlege oder in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger oder Services Australia - International Services eingesehen und verwertet werden dürfen. Ich willige außerdem ein, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Versicherungsträgern 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** 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!



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--

J Confirmation by Services Australia

Bestätigung durch Services Australia

<p>Date of application in accordance with Article 13 Section 4 of the Agreement</p> <p>Has information been disclosed by the person that indicates that the person may be qualified for a corresponding German benefit?</p>	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">day Tag</td> <td style="text-align: center;">month Monat</td> <td style="text-align: center;">year Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	day Tag	month Monat	year Jahr				<p>Tag der Antragstellung nach Art. 13 Abs. 4 des Abkommens</p> <p>Sind dabei von der Person Angaben gemacht worden, die darauf hindeuten, dass die Person Anspruch auf eine entsprechende deutsche Leistung haben könnte?</p>
day Tag	month Monat	year Jahr						
<p>Applicant's personal data (name, first name, date of birth as well as the citizenship) are confirmed by:</p> <p>valid passport</p> <p>other document(s) (please specify)</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	<p>Die Angaben zur Person des Rentenbewerbers (Name, Vorname, Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) werden bestätigt durch:</p> <p>gültigen Reisepass</p> <p>sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)</p>		
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja							
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja							
<p>The information in part G concerning the children (name, first name, date of birth) is confirmed based on presented documents.</p> <p>Date</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">day Tag</td> <td style="text-align: center;">month Monat</td> <td style="text-align: center;">year Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				<p>Die Angaben zu den Kindern in Teil G (Name, Vorname, Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.</p> <p>Datum</p>
day Tag	month Monat	year Jahr						
<p>Signature</p>		<p>Unterschrift</p>						
<p>Stamp of Services Australia / Centrelink Service Centre</p>		<p>Stempel von Services Australia / Centrelink Service Centre</p>						



K Declaration of Payment

Zahlungserklärung

1	<p>Account in Australia Benefits shall be paid by direct deposit to my account with a financial institution in Australia.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>Name of beneficiary's bank</p> <p>Address of beneficiary's bank</p> <p>City, province and postal code</p> <p>Bank State Branch - BSB number</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code – BIC</p> <p>Account number</p> <ul style="list-style-type: none"> - I am the only holder of the above mentioned account. I have exclusive right of disposal. - The above mentioned account is a joint account held by me and my spouse. <p>(Please let also the co-holder of the account sign the form at the end part K)</p> <ul style="list-style-type: none"> - For the above mentioned account a written account authorization was granted for <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>	<input type="checkbox"/>	<p>Konto in Australien Die Leistung soll durch Überweisung auf mein Konto bei einem Geldinstitut in Australien gezahlt werden.</p> <p>Name der Bank des Zahlungsempfängers</p> <p>Adresse der Bank des Zahlungsempfängers</p> <p>Ort, Provinz, Postleitzahl</p> <p>Bankleitzahl - BSB Nummer</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code – BIC</p> <p>Kontonummer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich bin alleiniger Inhaber des oben genannten Kontos und allein darüber Verfügungsberechtigt. - Das oben genannte Konto ist ein Gemeinschaftskonto, dessen Inhaber ich und mein Ehepartner sind. <p>(Bitte auch den Mitinhaber am Ende des Teils K unterschreiben lassen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für das oben genannte Konto wurde eine Kontovollmacht erteilt für <p>Name und Anschrift (Bitte auch den Kontobevollmächtigten am Ende des Teils K 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> <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>	<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> <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>



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--

<p>3 Payment to authorized representative</p> <p>The pension arrears shall be paid to my authorized representative</p> <ul style="list-style-type: none"> - by direct deposit to the following account / trust account in the Federal Republic of Germany. <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p> <p>Name of financial institution</p> <p>Address of financial institution</p>	<p> </p> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 10px auto;"></div> <p> </p> <p> </p>	<p>Zahlung an den Bevollmächtigten</p> <p>Die Rentennachzahlung soll an meinen Bevollmächtigten gezahlt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - durch Überweisung auf das folgende Konto / Anderkonto in der Bundesrepublik Deutschland <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p> <p>Name des Geldinstituts</p> <p>Anschrift des Geldinstituts</p>	
	<p>4 I declare that the claim is satisfied when the pension is transferred in the manner indicated by me on this form.</p> <p>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.</p> <p>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 and not by my heirs.</p>	<p>Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Leistung in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
	<p>Date / Datum</p>	<p>Signature of the applicant / Unterschrift des Antragstellers</p>	<p>Signature of the account co-owner or persons authorized to dispose of the account / Unterschrift des Kontoinhabers oder der Kontobevollmächtigten</p>
	<p>5 Confirmation from the financial institution / Bestätigung des Geldinstituts</p> <p>We certify the representations under item 1. Wir bestätigen die Angaben unter Punkt 1.</p> <p>Location, date / Ort, Datum</p>		
		<p>Signature, Stamp of financial institution / Unterschrift, Stempel des Geldinstituts</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.

<p>1 Are you currently unable to work due to illness?</p> <p>If yes, since when?</p>	<p><input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja</p> <p>day Tag month Monat year Jahr</p> <p> </p>	<p>Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank?</p> <p>Falls ja, seit wann?</p>
<p>2 Since when do you estimate that your earning capacity has been reduced?</p>	<p>day Tag month Monat year Jahr</p> <p> </p>	<p>Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert?</p>
<p>3 Did you receive as from this date income resulting from</p> <p>- dependent employment (inclusive early retirement benefits from the employer)</p> <p>indicate monthly gross income (Please submit certificate from the employer)</p>	<p><input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p>Haben Sie ab diesem Zeitpunkt Erwerbseinkommen bezogen aus</p> <p>- abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber)</p> <p>monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen)</p>
<p>- self-employment (business establishment, freelance work; agriculture and forestry etc.)</p> <p>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>- selbständige Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit; Land- und Forstwirtschaft)</p> <p>voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuerklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen)</p>
<p>4 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>Periods of drawing the benefit</p> <p>Monthly gross income which was the basis for the statutory benefit - Assessment basis (Please submit proof)</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>Periods of drawing the benefit</p> <p>Monthly gross income which was the basis for the statutory benefit - Assessment basis (Please submit proof)</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>from / vom to / bis</p> <p> </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>from / vom to / bis</p> <p> </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</p> <p>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</p> <p>Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzahlender Betrag von bis zu 200 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.</p>



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>10 Did you receive inpatient treatment in a hospital in recent years? (Please submit medical documentations)</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - name and address of the hospital - type of illness - dates of treatment 	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	<p>Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei)</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name und Anschrift des Krankenhauses - Art der Leiden - Beginn und Ende der Behandlung
	<hr/>	
	<hr/>	
	from / vom	to / bis

