

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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



**Deutsche  
Rentenversicherung**

Eingangsstempel

## Antrag auf Versichertenrente

# R0100

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I). Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf [www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag) stellen.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

### 1 Beantragte Rente

<input type="checkbox"/>	Rente wegen Erwerbsminderung	<b>Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen</b>	<b>75</b>
<input type="checkbox"/>	Antragstellung aufgrund eines Hinweises des Rentenversicherungsträgers im Anschluss an ein Rehabilitationsverfahren		
<hr/>			
<input type="checkbox"/>	Rente für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau	<b>Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen</b>	<b>71</b>
<input type="checkbox"/>	Rente für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres	<b>Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen</b>	<b>72</b>
<hr/>			
<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod des geschiedenen Ehegatten / früheren Lebenspartners	<b>Vordrucke R0220 / R0660 bitte beifügen</b>	<b>45</b>
<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod des Ehegatten / Lebenspartners bei durchgeführtem Rentensplitting	<b>Vordrucke R0220 / R0660 bitte beifügen</b>	<b>45</b>
<hr/>			
<input type="checkbox"/>	Regelaltersrente		<b>16</b>
<hr/>			
<input type="checkbox"/>	Altersrente für besonders langjährig Versicherte		<b>65</b>
<hr/>			
<input type="checkbox"/>	Altersrente für langjährig Versicherte		<b>63</b>



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 1

Altersrente für schwerbehinderte Menschen **Schwerbehinderung bitte nachweisen** **62**

Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute **19**

Knappschaftsausgleichsleistung **Vordruck R0230 bitte beifügen** **10**

Die Altersrente soll gezahlt werden als

Vollrente  Teilrente bis 31.12.2022 entsprechend dem Hinzuverdienst

Teilrente in Höhe von  % (mindestens 10 %)

Die beantragte Altersrente soll beginnen am 

Tag	Monat	Jahr
0 1		

## 2 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsort		Geburtsland	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl		Wohnort	
Land			
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Telefax (Angabe freiwillig)	



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

noch Ziffer 2

Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat)

letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland), Ort, Bundesland

Zuzug aus dem Ausland?  nein  ja, am 

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

Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)

Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)

Familienstand:

nicht verheiratet / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend (ledig, verwitwet, geschieden oder aufgehoben)

verheiratet / wiederverheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend

steuerliche Identifikationsnummer

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

**3 Antragstellung durch andere Personen**

**Vollmacht oder Beschluss des  
Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

in der Eigenschaft als  gesetzlicher Vertreter  Vormund  Betreuer  Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

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

Land

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

#### 4 Zahlungsweg

<input type="checkbox"/>	Die Rente soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte):
IBAN (International Bank Account Number)	
<b>D E</b>	
Name des Geldinstituts	
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:	
Name, Vorname (Rufname)	
Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Wohnort

Die Rente soll auf ein Konto außerhalb Deutschlands überwiesen werden.  
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung **A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.**

#### Bei Wohnsitz außerhalb Deutschlands:

Soll die Zahlung auf das deutsche Konto einer Vertrauensperson erfolgen, **bitte Vordruck A1313 ausfüllen und beifügen.**

#### 5 Beitragszeiten im Inland

(für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)

**Beweismittel bitte beifügen**

<b>5.1</b>	Haben Sie <b>Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten</b> zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?													
<input type="checkbox"/>	nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2													
<input type="checkbox"/>	ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:													
<input type="checkbox"/>	Beitragszeiten	vom <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr												
Tag	Monat	Jahr												
genaue Bezeichnung der Tätigkeit														
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn														
Anschrift														
zuständige Krankenkasse														



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

noch Ziffer 5.1

**Beweismittel bitte beifügen**

<input type="checkbox"/>	<b>Beitragszeiten</b>	vom	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _	bis	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _
genaue Bezeichnung der Tätigkeit									
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn									
Anschrift									
zuständige Krankenkasse									
<input type="checkbox"/>	<b>nicht erwerbsmäßige Pflege</b>	vom	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _	bis	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)							Geburtsdatum		
zuständige Pflegekasse									
<input type="checkbox"/>	<b>nicht erwerbsmäßige Pflege</b>	vom	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _	bis	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)							Geburtsdatum		
zuständige Pflegekasse									
<input type="checkbox"/>	<b>selbständige Tätigkeit</b>	vom	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _	bis	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _
<input type="checkbox"/>	<b>selbständige Tätigkeit</b>	vom	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _	bis	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _
<b>5.2</b> Haben Sie Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?									
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <b>bitte Vordruck V0700 ausfüllen und beifügen</b>									
<b>5.3</b> Haben Sie für eine Zeit der Arbeitslosigkeit vor dem 1.1.2012 von der Agentur für Arbeit andere Leistungen als Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Arbeitslosenhilfe bezogen (zum Beispiel Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Eingliederungsgeld)?									
<input type="checkbox"/> nein									
<input type="checkbox"/>	ja,	vom	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _	bis	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _
Art der Leistung									
<b>Nachweise</b> <input type="checkbox"/> sind beigelegt <input type="checkbox"/> liegen nicht mehr vor <input type="checkbox"/> werden nachgereicht									



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**Beweismittel bitte beifügen**

**5.4** Haben Sie Zeiten der **Berufsausbildung** (auch ohne Abschluss) zurückgelegt?

- nein
- ja, weitere Angaben sind nur erforderlich, wenn diese Zeiten zwar im Versicherungsverlauf enthalten, aber noch nicht als "**berufliche Ausbildung**" gekennzeichnet sind

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Tag der Abschlussprüfung 

Tag	Monat	Jahr

Art der Berufsausbildung

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Tag der Abschlussprüfung 

Tag	Monat	Jahr

Art der Berufsausbildung

**Nachweise** (zum Beispiel Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief, Verdienstbescheinigung)

- sind beigelegt  liegen nicht mehr vor  werden nachgereicht

**6** **Zeiten im Ausland oder bei internationalen Organisationen**

**Beweismittel bitte beifügen**

**6.1** Haben Sie Zeiten im Ausland (einschließlich Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts) zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

- nein, bitte weiter bei Ziffer 6.6
- ja

**6.2** Haben Sie Zeiten in einem ausländischen Versicherungssystem zurückgelegt (zum Beispiel, weil Sie im Ausland gearbeitet haben)? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte, Selbständige, Landwirte).

- nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Versicherungssystem / Sondersystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

**Beweismittel bitte beifügen**

**6.3** Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in Dänemark oder in den Niederlanden beziehungsweise nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

nein  ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

 Staat

**6.4** Sind Sie Vertriebener / Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?

nein  ja, für Zeiten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind, **bitte Vordruck V0710** für Zeiten in Albanien, Bulgarien, Ungarn, China, Jugoslawien (beziehungsweise in Bosnien-Herzegowina, im Kosovo, in Kroatien, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien oder Slowenien) oder der Tschechoslowakei (beziehungsweise in Tschechien oder der Slowakei), **Vordruck V0711** für Zeiten in der Sowjetunion (beziehungsweise in Armenien, Aserbaidshan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine oder Usbekistan), **Vordruck V0712** für Zeiten in Rumänien, **Vordruck V0720** für Zeiten in Polen **ausfüllen und beifügen**, bitte weiter bei Ziffer 6.6

**6.5** Haben Sie Beitragszeiten und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6.6  
 ja

**6.5.1** Sind diese Zeiten im Versicherungsverlauf enthalten?

nein, **bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen**, bitte weiter bei Ziffer 6.6  
 ja

**6.5.2** Haben Sie sich am 31.12.1990 und seitdem ununterbrochen gewöhnlich in Deutschland aufgehalten?

nein  ja

**6.6** Haben Sie während einer Beschäftigung bei einer internationalen Organisation einem Sonderversorgungssystem dieser Organisation angehört (zum Beispiel bei OECD, UNO, CERN, EZB, EPA oder einer Institution der Europäischen Union)?

nein  
 ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

 Beschäftigungsort

Name und Hauptsitz der internationalen Organisation



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 7 Anrechnungszeiten

(zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)

7.1 Haben Sie **Anrechnungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein  ja, **bitte Vordruck V0410 ausfüllen und beifügen**

## 8 Angaben zu Kindern

8.1 Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher nicht oder nicht vollständig bei Ihnen angerechnet wurden?

nein  ja, **bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen**, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden beziehungsweise angerechnet werden sollen

8.2 Haben Sie Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zurückgelegt (frühestens ab dem 1.1.1992), die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein  ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Kindschaftsverhältnis  leibliches Kind / Adoptivkind  Pflegekind

zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Bescheid über Pflegeleistungen  ist beigelegt  liegt nicht vor  wird nachgereicht

## 9 Sonstige Angaben

9.1 Haben Sie eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf **eigene Versorgung** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?

nein  ja Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen

**Festsetzungsblatt** über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten

ist beigelegt  liegt nicht vor  wird nachgereicht

9.2 Beziehen oder bezogen Sie bereits eine weitere **Rente** aus **eigener Versicherung** oder haben Sie eine solche beantragt (auch im Ausland)?

nein  ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsträger

Versicherungsnummer beziehungsweise Rentenzeichen





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**9.3** Wurde ein **Versorgungsausgleich** wegen Ehescheidung / Aufhebung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft durchgeführt?

- nein, bitte weiter bei Ziffer 9.4
- ja, bitte lesen Sie die Hinweise im **Vordruck R4100**, wenn Ihre Anrechte der gesetzlichen Rentenversicherung durch einen Versorgungsausgleich gekürzt worden sind oder Sie aufgrund eines Versorgungsausgleichs Beiträge gezahlt haben. Mit diesem Vordruck können Sie gleichzeitig einen Antrag zum Ausgleich von Härten stellen.

**9.4** Haben Sie **Zeiten nach dem Fremdrentengesetz** zurückgelegt, weil Sie beispielsweise als Vertriebener oder Spätaussiedler anerkannt wurden?

- nein  ja, **bitte Vordruck R0860 ausfüllen und beifügen**, wenn Sie nach dem 6.5.1996 nach Deutschland zugezogen sind oder sich im Ausland aufhalten, **Vordruck R0865 ausfüllen und beifügen**, wenn Sie in der Sowjetunion (beziehungsweise in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine oder Usbekistan) gearbeitet haben.

bei Antrag auf Regelaltersrente bitte weiter bei Ziffer 9.7

**9.5** Ist eine zum Rentenantrag führende **Erwerbsminderung / Schwerbehinderung** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

- nein, bitte weiter bei Ziffer 9.6
- ja, Unfalltag 

Tag	Monat	Jahr

  
**bitte Fragebogen** wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (**Vordruck F0870**) **ausfüllen und beifügen**

**9.5.1** Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

- nein
- ja, am 

Tag	Monat	Jahr

  
bei welcher Stelle  
  
Aktenzeichen \_\_\_\_\_

**9.6** Wurden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall oder durch andere Personen nach dem 30.6.1983 verursacht? (Soweit bereits in der Vergangenheit hierzu Angaben gemacht worden sind und kein weiterer Schadensfall vorliegt, beantworten Sie die Frage bitte mit "nein".)

- nein, bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 9.8  
bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute bitte weiter bei Ziffer 9.11
- ja, Unfalltag 

Tag	Monat	Jahr

  
**bitte Fragebogen** wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (**Vordruck F0870**) **ausfüllen und beifügen**



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Grid for insurance number

Grid for identification number

**9.6.1** Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein

ja, am 

Tag	Monat	Jahr

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 9.8

bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute bitte weiter bei Ziffer 9.11

**9.7 Beitragspflichtige Einnahmen**

**9.7.1** Erhalten Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn Arbeitsentgelt - auch aus geringfügiger Beschäftigung - oder Vorruhestandsgeld?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.7.3

ja  bis zum Rentenbeginn  voraussichtlich nur bis 

Tag	Monat	Jahr

**9.7.2** Soll Ihr Arbeitsentgelt für einen nahtlosen Übergang vom Erwerbsleben in die Rente hochgerechnet werden?

ja

nein, die Entgeltmeldung nach Beschäftigungsende soll abgewartet werden

**9.7.3** Erhalten Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn Sozialleistungen, zum Beispiel Krankengeld oder Arbeitslosengeld?

nein

ja  bis zum Rentenbeginn  voraussichtlich nur bis 

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

zahlende Stelle

Anschrift

Aktenzeichen



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

**9.7.4** Üben Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn eine nicht erwerbsmäßige Pflege Tätigkeit aus mit Beitragszahlung einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens?

nein

ja     bis zum Rentenbeginn     voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

**pflegebedürftige Person** (Name, Vorname)

Geburtsdatum

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

**9.7.5** Erhalten Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn Übergangsgebühren der Bundeswehr?

nein

ja     bis zum Rentenbeginn     voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Anschrift

Aktenzeichen

**9.8** Werden Sie ab Rentenbeginn Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete erhalten?

nein     ja,    **Erklärung (Vordruck R0230)**     ist beigelegt     wird nachgereicht

bei Antrag auf Regelaltersrente bitte weiter bei Ziffer 10

**Bei Rentenbeginn vor dem 1.1.2023**

**9.9** Werden Sie ab Rentenbeginn eine der folgenden Einkünfte erzielen?

- Arbeitsentgelt (hierzu gehören auch Zuschüsse zu Sozialleistungen sowie Einmalzahlungen wie zum Beispiel Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Prämien, Zahlungen für Mehrarbeit)

nein     ja,    **bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen**

- Steuerrechtlichen Gewinn, also Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit, gegebenenfalls auch im Ausland (hierzu gehören auch Einkünfte aus Fotovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter)

nein     ja,    **bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen**

- Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (zum Beispiel als Minister)

nein     ja,    **bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen**

- Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH

nein     ja,    **bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen**

**Erklärung (Vordruck R0230)**     ist beigelegt     wird nachgereicht

bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 10



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

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

**9.10** Haben Sie die Feststellung einer Schwerbehinderung beantragt oder wurde diese bereits festgestellt?

nein  ja  eine Schwerbehinderung wurde bereits festgestellt

beantragt am 

Tag			Monat			Jahr														

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

bitte weiter bei Ziffer 10

**9.11 Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute**

**9.11.1** Erhalten Sie Arbeitsentgelt? Hierzu gehören auch Zuschüsse zu Sozialleistungen sowie Einmalzahlungen wie zum Beispiel Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Prämien, Zahlungen für Mehrarbeit.

nein  ja

**9.11.2** Erzielen Sie steuerrechtlichen Gewinn, also Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit, gegebenenfalls auch im Ausland? Hierzu gehören auch Einkünfte aus Fotovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter.

nein  ja

**9.11.3** Erhalten Sie Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete oder Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (zum Beispiel als Minister)?

nein  ja

**9.11.4** Erhalten Sie Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH?

nein  ja

**9.11.5** Erhalten Sie Vorruhestandsgeld?

nein  ja

**9.11.6** Beziehen Sie kurzfristiges Erwerb ersatzeinkommen (zum Beispiel Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, vergleichbare Leistungen von einer Stelle im Ausland) oder haben Sie eine der genannten Leistungen beantragt? Bitte auch dann beantworten, wenn die Leistung ruht oder Einkommen angerechnet wird.

nein  ja, vom 

Tag			Monat			Jahr														

 bis 

Tag			Monat			Jahr														

beantragt am 

Tag			Monat			Jahr														

Art der Leistung

zahlende Stelle

Anschrift

Aktenzeichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

## 10 Andere Leistungen

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

<b>10.1 Hinterbliebenenrente</b> aus der gesetzlichen Rentenversicherung (auch im Ausland)													
<input type="checkbox"/>	nein												
<input type="checkbox"/>	ja, vom <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr											
	beantragt am <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr											
	zahlende Stelle												
verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname)													
Versicherungsnummer	Geburtsdatum												
<b>10.2 Leistungen</b> aus der gesetzlichen <b>Unfallversicherung</b> oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (auch Abfindungen)													
<input type="checkbox"/>	nein												
<input type="checkbox"/>	ja, vom <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr											
	beantragt am <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr											
	zahlende Stelle												
Aktenzeichen													
Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)													
Unfalltag	Jahr der Abfindung												
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
Tag	Monat	Jahr											
<b>10.3 Krankengeld</b> von einer Krankenkasse													
<input type="checkbox"/>	nein, bitte weiter bei Ziffer 10.4												
<input type="checkbox"/>	ja, vom <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr											
	beantragt am <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr											
	zahlende Stelle												
Aktenzeichen													



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**10.3.1** Liegt der Rentenanspruchstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?

nein  ja

**10.4 Übergangsgeld** von der Agentur für Arbeit oder vom Rentenversicherungsträger; **Verletztengeld**; **Versorgungskrankengeld**; **Überbrückungsgeld** der Seemannskasse

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

**10.5 Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld, Gründungszuschuss** von der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter, **Kurzarbeitergeld** von Ihrem Arbeitgeber

Die Angaben zum Arbeitslosengeld II, zum Sozialgeld und zum Einstiegsgeld sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte Angehörige** Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.6

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

**10.5.1** Liegt der Rentenanspruchstellung eine Aufforderung der Agentur für Arbeit oder eines Jobcenters zugrunde?

nein  ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**10.6 Versorgungsrente** vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

**10.7 Sozialhilfe, Grundsicherung** vom Sozialhilfeträger

Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte Angehörige** Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

**10.8 Kinderzuschlag** zum Kindergeld von der Familienkasse

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

### 10.9 Elterngeld von den Elterngeldstellen

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

### 10.10 Leistungen von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

### 10.11 Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

**bei Hochschulbesuch:** Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks

Aktenzeichen





Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)																																									
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																					<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																					

**10.12 Jugendhilfe** vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr			bis																

 bis 

Tag	Monat	Jahr																				

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr																				

zahlende Stelle

---

Aktenzeichen

**10.13 Sonstige Leistungen** (zum Beispiel von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker, nach dem Gesetz über die Leistungen zur Sicherung des Unterhalts von Reservistendienst Leistenden - Unterhaltssicherungsgesetz, Kriegsopferfürsorge, Unterhaltshilfe nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz, Versorgungsleistung nach § 9 des Gesetzes zur Überführung der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets - Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz)

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr			bis																	

 bis 

Tag	Monat	Jahr																				

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr																				

zahlende Stelle

---

Aktenzeichen

---

Art der Leistung

**11 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)**

**11.1** Bei welcher **gesetzlichen Krankenkasse** erfolgt die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"?

Name der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

---

Anschrift

---

Die Meldung zur KVdR (**Vordruck R0810**)

ist beigefügt     wird nachgereicht     wurde weitergeleitet

**11.2** Üben Sie über den Rentenbeginn hinaus eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit oder eine Beschäftigung aus, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei ist?

nein     ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11.3** Beantragen Sie einen **Zuschuss** zu den Aufwendungen für eine **freiwillige** Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder für die Versicherung bei einem **privaten** Krankenversicherungsunternehmen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 12

ja

**11.3.1** Wird zu einer weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser beantragt?

nein  ja

**11.3.2** Besteht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beantragen, Versicherungspflicht in einer deutschen oder ausländischen **gesetzlichen** Krankenversicherung?

nein

Name der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

ja

Anschrift

Land

Grund der Versicherungspflicht (zum Beispiel Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)

**11.3.3** Sind Sie privat krankenversichert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 12

ja, **bitte Vordruck R0821** vom privaten Krankenversicherungsunternehmen **ausfüllen lassen**

**Vordruck R0821**  ist beigelegt  wird nachgereicht  wurde weitergeleitet

**11.3.4** Sollen Beitragsaufwendungen bei einer **privaten Krankenversicherung** für Familienangehörige berücksichtigt werden?

nein, bitte weiter bei Ziffer 12

ja, die Beitragsaufwendungen sind vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ebenfalls im **Vordruck R0821** einzutragen

Familienangehöriger (Name, Vorname)

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens  
des / der Familienangehörigen

EUR

Cent

\_\_\_\_\_



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

**11.3.5 Ist der Familienangehörige Rentner?**

nein    ja, seit 
 

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsnummer

Rentenversicherungsträger \_\_\_\_\_

**12 Pflegeversicherung**

**12.1 Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? (Die Nennung eines Kindes ist ausreichend. Das heutige Alter dieses Kindes ist hier ohne Bedeutung.)**

nein

Name, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

ja

Geburtsdatum

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

Kindschaftsverhältnis    leibliches Kind / Adoptivkind    Stiefkind    Pflegekind

**Nachweise** zu dieser Frage benötigen wir **nicht**, wenn die **Angaben** unter Ziffer 16 **bestätigt** werden oder das **Versicherungskonto Kindererziehungszeiten beziehungsweise Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung** enthält.

**13 Dokumentenzugang**

**13.1 Per De-Mail**

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.  
Meine De-Mail-Adresse lautet:

---

**13.2 Für sehbehinderte Menschen**

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

#### 14 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

**Ich versichere**, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Während der verbleibenden Lücken im Versicherungsverlauf habe ich keine Beitragszeiten, Anrechnungszeiten, Kindererziehungszeiten oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt.

**Ich verpflichte mich**, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn

- eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen beziehungsweise nach Arbeitsunfähigkeit wieder ausgeübt wird oder
- sich eine Änderung der Höhe des Arbeitsentgelts oder des Arbeitseinkommens / steuerrechtlichen Gewinns ergibt oder
- ein kurzfristiges Erwerb ersatz Einkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 10 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

**Bei Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit / Erziehungsrente willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger zur Beschleunigung des Rentenverfahrens eine Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen für abgelaufene Zeiträume vom Arbeitgeber anfordert.

**Bei Antrag auf Altersrente willige ich ein**, (sofern ich unter Ziffer 9.7.2 nichts anderes bestimmt habe), dass der Rentenversicherungsträger zur Beschleunigung des Rentenverfahrens

- frühestens 3 Monate vor Rentenbeginn eine Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen für abgelaufene Zeiträume vom Arbeitgeber anfordert,
- für den weiteren Zeitraum gegebenenfalls bis zum Rentenbeginn die entsprechenden voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen (maximal für 3 Monate) hochrechnet und
- diese der Rentenberechnung zugrunde legt.

**Mir ist bekannt**, dass sich eine **Hochrechnung** im Vergleich zu einer Berechnung der Rente auf Basis der tatsächlich erzielten Entgelte **nachteilig** auswirken kann. Das kann der Fall sein, wenn

- in den letzten 12 Kalendermonaten vor dem Hochrechnungszeitraum eine Entgelterhöhung lag oder
- in den letzten 12 Kalendermonaten vor dem Hochrechnungszeitraum für weniger als einen Kalendermonat zum Beispiel Krankengeld bezogen oder unbezahlter Urlaub in Anspruch genommen wurde oder
- im Hochrechnungszeitraum Einmalzahlungen (zum Beispiel Urlaubsgeld, Urlaubsabgeltung, Weihnachtsgeld, beitragspflichtige Abfindungen) erwartet werden oder
- sich im Hochrechnungszeitraum Entgelterhöhungen (zum Beispiel bei Tariferhöhung oder Mehrarbeit) ergeben.

Die hochgerechneten Entgelte werden der jetzt beantragten Rente dauerhaft zugrunde gelegt, auch wenn sich die Hochrechnung nachteilig auswirkt.

**Mir ist bekannt**, dass ich einen Antrag auf Altersrente für schwerbehinderte Menschen auch dann stellen kann, wenn die Feststellung einer Schwerbehinderung zwar beantragt, das Feststellungsverfahren aber noch nicht abgeschlossen ist. Der Nachweis über die Schwerbehinderung kann nachgereicht werden. Eine spätere Antragstellung kann unter Umständen dazu führen, dass die Altersrente für schwerbehinderte Menschen überhaupt nicht gezahlt werden kann.



Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt) 
-------------------------	-------------------------------------

Wenn ein Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung gestellt wird, **verpflichte ich mich** darüber hinaus, dem Rentenversicherungsträger die nachfolgenden Sachverhalte **unverzüglich anzuzeigen**:

- a) die Beendigung oder das Ruhen der Versicherung, zu der der Zuschuss gezahlt wird (zum Beispiel bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz oder bei Auslandsaufenthalt),
- b) jede Veränderung der Beitragshöhe oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
- c) den Beginn einer Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel durch die Aufnahme einer Beschäftigung, durch den Antrag auf eine weitere Rente, durch den Bezug von Übergangsgeld wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II),
- d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland),
- e) die "Einschreibung" als Leistungsberechtigter bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse aufgrund der Rente eines anderen Staates, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gelten (das sind die Mitgliedstaaten der EU sowie Island, Liechtenstein, Norwegen, die Schweiz und das Vereinigte Königreich), und
- f) jede Änderung in den Verhältnissen des Familienangehörigen, dessen Beitragsaufwendungen bei der Zuschusszahlung berücksichtigt werden (eigene Rentenberechtigung, Eintritt von Versicherungspflicht in der deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung, Änderungen der Beitragsaufwendungen oder des Gesamteinkommens).

**Das Merkblatt "Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung" (Vordruck R0815) habe ich erhalten.**

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

**15 Anlagen**

Möchten Sie zu Ihrem Rentenanspruch Unterlagen einreichen oder nachreichen, **bitte Vordruck R0990 beifügen.**

<b>16 Bestätigungsvermerk</b>							
Die <b>Angaben zur Person</b> (siehe Ziffer 2) werden bestätigt durch:							
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde	<input type="checkbox"/> gültigen Personalausweis <input type="checkbox"/> gültigen Reisepass						
Das <b>Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung</b> (siehe Ziffer 12) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:							
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes	<input type="checkbox"/> Familienbuch / Familienstammbuch						
<input type="checkbox"/>							
Ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 / die Schwerbehinderteneigenschaft wird bestätigt.							
Der Schwerbehindertenausweis ist gültig ab:	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
Die Schwerbehinderteneigenschaft liegt vor bis:	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> unbefristet	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
Es ist beigelegt:							
Dienststempel	Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden						

