

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



Eingangsstempel

## Verkürzter Antrag auf Versichertenrente

# R0110

**Bitte nur verwenden, wenn bereits eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, eine Knappschaftsausgleichsleistung oder eine Erziehungsrente gezahlt wird**

**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

**Auf die nachstehenden Renten besteht kein Anspruch, wenn bereits eine Altersrente gezahlt wird.**

- |                          |   |   |           |
|--------------------------|---|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Rente wegen voller 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                       |   |           |
| <input type="checkbox"/> | Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung nach Ausscheiden aus einer in der knappschaftlichen Rentenversicherung versicherten Beschäftigung |   | <b>74</b> |
| <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> |
| <input type="checkbox"/> | Regelaltersrente  |   | <b>16</b> |
| <input type="checkbox"/> | Altersrente für besonders langjährig Versicherte  |   | <b>65</b> |



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 1

- |                          |  |   |           |
|--------------------------|--|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Altersrente für langjährig Versicherte                       |   | <b>63</b> |
| <input type="checkbox"/> | Altersrente für schwerbehinderte Menschen                    | <b>Schwerbehinderung bitte nachweisen</b> | <b>62</b> |
| <input type="checkbox"/> | Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute |   | <b>19</b> |
| <input type="checkbox"/> | Knappschaftsausgleichsleistung                               |   | <b>10</b> |

Die Altersrente soll gezahlt werden als

- Vollrente     Teilrente in Höhe von \_\_\_\_\_ % (mindestens 10 %)

Tag	Monat	Jahr
0 1		

Die beantragte Altersrente soll beginnen am

## 2 Angaben zur Person

Name		Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers			
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl		Wohnort	
Land			
Familienstand:			
<input type="checkbox"/> nicht verheiratet / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend (ledig, verwitwet, geschieden oder aufgehoben)			
<input type="checkbox"/> verheiratet / wiederverheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend			
Telefon		Telefax	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

### 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 <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		
Adresszusatz		
Postleitzahl	Wohnort	
Land		
Telefon		Telefax

### 4 Beitragszeiten

**Beweismittel bitte beifügen**

<p><b>4.1</b> Haben Sie <b>Beitragszeiten</b> zurückgelegt, die bisher <b>nicht</b> berücksichtigt worden sind (zum Beispiel als geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><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></p> <p style="margin-left: 40px;">Versicherungsträger (auch im Ausland)</p> <p>_____</p>			Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr																		
Tag	Monat	Jahr																		
<p><b>4.2</b> Haben Sie Zeiten der <b>Berufsausbildung</b> (auch ohne Abschluss) zurückgelegt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, weitere Angaben sind nur erforderlich, wenn diese Zeiten zwar im Versicherungsverlauf enthalten, aber noch nicht als <b>"berufliche Ausbildung"</b> gekennzeichnet sind</p> <p>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></p> <p style="margin-left: 100px;">Tag der Abschlussprüfung <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></p> <p style="margin-left: 100px;">Art der Berufsausbildung</p> <p>_____</p> <p><b>Nachweise</b> (zum Beispiel Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief, Verdienstbescheinigung)</p> <p><input type="checkbox"/> sind beifügt <input type="checkbox"/> liegen nicht mehr vor <input type="checkbox"/> werden nachgereicht</p>			Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr																		
Tag	Monat	Jahr																		
Tag	Monat	Jahr																		



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

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

**Beweismittel bitte beifügen**

noch Ziffer 4.2

vom 

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

 bis 

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

Tag der Abschlussprüfung 

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

Art der Berufsausbildung

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

sind beigefügt  liegen nicht mehr vor  werden nachgereicht

**4.3** 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)?

nein

ja, vom 

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

 bis 

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

Art der Leistung

**Nachweise**  sind beigefügt  liegen nicht mehr vor  werden nachgereicht

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

nein

ja, vom 

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

 bis 

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

Staat

**4.5** 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 

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

 bis 

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

Beschäftigungsort

Name und Hauptsitz der internationalen Organisation



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 5 Anrechnungszeiten

(zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)

**Beweismittel bitte beifügen**

**5.1** Haben Sie **Anrechnungszeiten** zurückgelegt, die bisher nicht berücksichtigt worden sind?

nein

ja,

**bitte Vordruck V0410 ausfüllen und beifügen**

## 6 Angaben zu Kindern

**6.1** 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

**6.2** Haben Sie Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zurückgelegt (frühestens ab dem 1.1.1992)?

nein

ja,

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Kindschaftsverhältnis  leibliches Kind / Adoptivkind  Pflegekind

zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Bescheid über  
Pflegeleistungen

ist beigefügt

liegt nicht vor

wird nachgereicht

## 7 Sonstige Angaben

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 7.2

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.

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

nein

ja,

**bitte 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





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

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

**7.5.1** 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 7.7

bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute bitte weiter bei Ziffer 7.10

**7.6 Beitragspflichtige Einnahmen**

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 7.6.3

ja  bis zum Rentenbeginn  voraussichtlich nur bis 

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

 Tag Monat Jahr  
 über den Rentenbeginn hinaus

**7.6.2** Soll Ihr Arbeitsentgelt bis zum Rentenbeginn hochgerechnet werden?

ja

nein, die Entgeltmeldung soll abgewartet werden

**7.6.3** 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)

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

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

**7.6.4** Üben Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn eine nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit 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

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

**7.6.5** 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

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

nein  ja

bei Antrag auf Regelaltersrente bitte weiter bei Ziffer 8

bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 7.9

**7.8** 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 8





Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--

## Bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung

**7.9** 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

bitte weiter bei Ziffer 8

## 7.10 Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung

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

nein  ja

**7.10.2** 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

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

nein  ja

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

nein  ja

**7.10.5** Erhalten Sie Vorruhestandsgeld?

nein  ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

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

**7.10.6** Beziehen Sie Verletztengeld, Übergangsgeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung, 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

**7.11 Bei Antrag auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung nach Ausscheiden aus einer in der knappschaftlichen Rentenversicherung versicherten Beschäftigung**

**7.11.1** Wann endete Ihr knappschaftlich versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis?

am

Tag	Monat	Jahr

**7.11.2** Sind Sie arbeitsunfähig krank, gegebenenfalls seit wann?

nein

ja, seit

Tag	Monat	Jahr

**7.11.3** Sind Sie arbeitslos?

nein

ja, seit

Tag	Monat	Jahr

Meldung als Arbeitsuchender bei der Agentur für Arbeit (Name)

\_\_\_\_\_ Anschrift

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 8 Andere Leistungen

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

### 8.1 Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (auch im Ausland)

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname)

Versicherungsnummer

Geburtsdatum

### 8.2 Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (auch Abfindungen)

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)

Unfalltag 

Tag	Monat	Jahr

 Jahr der Abfindung 

--	--	--

### 8.3 Krankengeld von einer Krankenkasse

nein, bitte weiter bei Ziffer 8.4

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen



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

8.3.1 Liegt der Rentenanspruchstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?

nein  ja

**8.4 Übergangsgeld** von der Agentur für Arbeit oder vom Rentenversicherungsträger; **Verletztengeld**; **Krankengeld der Sozialen Entschädigung**; **Krankengeld der Soldatenentschädigung**; **Überbrückungsgeld** der Seemannskasse

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 bis 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

**8.5 Arbeitslosengeld, Bürgergeld, Einstiegsgeld, Gründungszuschuss** von der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter, **Kurzarbeitergeld** oder **Qualifizierungsgeld** von Ihrem Arbeitgeber  
Die Angaben zum Bürgergeld und zum Einstiegsgeld sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtignte Angehörige** Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.

nein, bitte weiter bei Ziffer 8.6

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 bis 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

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

nein  ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**8.6 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

**8.7 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

**8.8 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)
---------------------	---------------------------------

### 8.9 Elterngeld von den Elterngeldstellen

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 bis 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

zahlende Stelle

\_\_\_\_\_

Aktenzeichen

### 8.10 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

### 8.11 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)

### 8.12 Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

### 8.13 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 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Art der Leistung \_\_\_\_\_

## 9 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

### 9.1 Sind Sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.2

ja,  pflichtversichert  familienversichert  freiwillig versichert  
(wenn Sie noch keinen Zuschuss zur Krankenversicherung beziehen, bitte gegebenenfalls mit **Vordruck R0820** beantragen)

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_

bitte weiter bei Ziffer 10



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**9.2** Sind Sie in der privaten Krankenversicherung versichert?

nein, bitte geben Sie an, wie Sie krankenversichert sind

---

bitte weiter bei Ziffer 10

Name des Krankenversicherungsunternehmens

ja, bei \_\_\_\_\_

bitte weiter bei Ziffer 9.3

---

**9.3** Beziehen Sie bereits einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung?

nein, bitte gegebenenfalls mit **Vordruck R0820** beantragen

ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen, der KVB, der PBeaKK beziehungsweise Ihrer Solidargemeinschaft **Vordruck R0821 ausfüllen lassen** (für ausländische Versicherungen bitte **Vordruck R0822** verwenden)

**Vordruck R0821 / R0822**  ist beigelegt  wird nachgereicht  wurde weitergeleitet

**10 Dokumentenzugang**

**10.1 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:

---

**10.2 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)

**11 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 habe ich keine Beitragszeiten, Anrechnungszeiten, Kindererziehungszeiten oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt.





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

**Ich verpflichte mich**, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenantrags 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 Erwerbserdatzeinkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 8 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 7.6.2 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.

**Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die Aufnahme einer knappschaftlich versicherungspflichtigen Beschäftigung sofort der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See mitteilen werde.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

## 12 Anlagen

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

\_\_\_\_\_  
Dienststempel

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

### 13 Bestätigungsvermerk

Ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 / die Schwerbehinderteneigenschaft wird bestätigt.

Der Schwerbehindertenausweis ist gültig ab: 

Tag	Monat	Jahr
_	_	_ _

Die Schwerbehinderteneigenschaft liegt vor bis: 

Monat	Jahr
_	_ _

 unbefristet

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

