





Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**2.2** Ist eine der unter Ziffer 2.1 aufgeführten Waisen aus dem Ausland zugezogen?

nein

ja

**Vorname** der Waise \_\_\_\_\_ Zuzug am 

Tag	Monat	Jahr

  
aus (Ort, Gebiet, Staat) \_\_\_\_\_  
nach (Ort, Bundesland) \_\_\_\_\_

**Vorname** der Waise \_\_\_\_\_ Zuzug am 

Tag	Monat	Jahr

  
aus (Ort, Gebiet, Staat) \_\_\_\_\_  
nach (Ort, Bundesland) \_\_\_\_\_

**Vorname** der Waise \_\_\_\_\_ Zuzug am 

Tag	Monat	Jahr

  
aus (Ort, Gebiet, Staat) \_\_\_\_\_  
nach (Ort, Bundesland) \_\_\_\_\_

**Vorname** der Waise \_\_\_\_\_ Zuzug am 

Tag	Monat	Jahr

  
aus (Ort, Gebiet, Staat) \_\_\_\_\_  
nach (Ort, Bundesland) \_\_\_\_\_





Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 5 Zahlungsweg

<input type="checkbox"/> Die Rente soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden:
IBAN (International Bank Account Number)
<b>D E</b>
Geldinstitut (Name)
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)

- Die Rente soll auf ein Konto außerhalb Deutschlands überwiesen werden.  
In diesem Fall bitte die Zahlungserklärung **A1310** oder für Italien **A1311** ausfüllen und beifügen.

## 6 Begründung des Anspruchs

<b>6.1</b> Hat die Waise das 18. Lebensjahr bereits vollendet?												
<input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 7												
<input type="checkbox"/> ja												
<b>6.2</b> Die Waisenrente wird beantragt wegen einer												
<input type="checkbox"/> <b>Ausbildung, bitte Vordruck R0616 ausfüllen und beifügen</b> , weiter bei Ziffer 6.3												
<b>Vordruck R0616</b> <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht												
<input type="checkbox"/> <b>Ableistung eines Freiwilligendienstes</b> 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										
<input type="checkbox"/> <b>Behinderung</b> , bitte weiter bei Ziffer 6.4												
<b>nur bei Ableistung eines Freiwilligendienstes:</b>												
<b>6.2.1</b> Besteht für Sie ein Kindergeldanspruch oder wurde Kindergeld beantragt?												
<input type="checkbox"/> nein, <b>bitte Vordruck R0616 ausfüllen und beifügen</b> , weiter bei Ziffer 6.3												
<b>Vordruck R0616</b> <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht												
<input type="checkbox"/> ja, <b>bitte Kindergeldbescheid beifügen</b>												
Kindergeldbescheid <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> ist nicht beigefügt,												
weil _____												





Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 7 Angaben zur Person aller weiteren leiblichen Elternteile, Stiefelternteile und Pflegeelternteile der unter Ziffer 2 und 3 aufgeführten Waisen

<b>Vorname</b> der Waise
Name, Vorname, Geburtsname der weiteren Elternteile
Geburtsdatum / Versicherungsnummer der weiteren Elternteile Tag Monat Jahr
Anschrift (oder Sterbedatum der weiteren Elternteile)
Kindschaftsverhältnis
<b>Vorname</b> der Waise
Name, Vorname, Geburtsname der weiteren Elternteile
Geburtsdatum / Versicherungsnummer der weiteren Elternteile Tag Monat Jahr
Anschrift (oder Sterbedatum der weiteren Elternteile)
Kindschaftsverhältnis

## 8 Bitte ausfüllen, wenn Waisenrente für Stiefkinder und Pflegekinder oder als Enkel, Bruder oder Schwester beantragt wird

<b>8.1</b> Befand sich die Waise bis zum Tod des Versicherten in dessen Haushalt?
<input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 8.2 Vorname der Waise
<input type="checkbox"/> ja _____ Tag Monat Jahr seit _____ <b>bitte Bescheinigung der Meldebehörde beifügen</b>
<b>8.1.1</b> War von vornherein eine zeitlich begrenzte Aufnahme in den Haushalt vorgesehen?
<input type="checkbox"/> nein für (Vorname der Waise)
<input type="checkbox"/> ja _____ Tag Monat Jahr bis wann _____



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**8.2** Erhielt der Versicherte bis zu seinem Tod **Kindergeld** nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) / Bundeskindergeldgesetz (BKGG) von der Familienkasse, einem öffentlichen Arbeitgeber, einer Versorgungsbehörde?

nein

für (Vorname der Waise)

ja

von welcher Stelle

Aktenzeichen

**bei einem Enkel, Bruder oder einer Schwester:**

**8.3** Hat der Versicherte bis zu seinem Tod den Unterhalt der Waise getragen?

nein

für (Vorname der Waise)

ja

in welcher Höhe monatlich

EUR

Cent

**8.3.1** Haben andere Personen oder Stellen (zum Beispiel Träger der Jugendhilfe) **Unterhaltsleistungen** für eine der Waisen erbracht?

nein

für (Vorname der Waise)

ja

Name, Vorname

Anschrift

zahlende Stelle

in welcher Höhe monatlich

EUR

Cent







Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

### 9.7 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

Vorname der Waise

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

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

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

### 9.8 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

Vorname der Waise

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

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

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

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

Vorname der Waise

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

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen











Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

#### 14 Information der Antragstellerin / des Antragstellers bei Antrag auf Waisenrente wegen Behinderung

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter oder Berufsgenossenschaften) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben dürfen**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

**Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen.** Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

**Ich nehme zur Kenntnis, dass**

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder der privaten Krankenkassen.

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

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

**Hinweis:** Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bitte weiter bei Ziffer 15.



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
--	---------------------------------

## 15 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bei Antrag auf Waisenrente wegen Behinderung

### 15.1 Einwilligungserklärung der / des Rentenberechtigten

**Ich willige ein**, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die von mir Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen hierzu erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. **Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch Auskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

**Ich willige ein**, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

**Ich weiß**, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Soweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folge, dass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem Rentenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antrag wegen fehlender Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch nach § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.

**Hinweis:** Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 15.2.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des Rentenberechtigten



