Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

R0610

Anlage zum Antrag auf

☐ **Halbwaisenrente** ☐ **Vollwaisenrente**

Sterbeurkunden **sämtlicher** Elternteile bitte beifügen

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. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

Folgende Unterlagen bitte immer beifügen: Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise
Darüber hinaus

- bei einem **leiblichen Kind** eines männlichen Versicherten, der zur Zeit der Geburt des Kindes nicht mit der Kindesmutter verheiratet war:
  Vaterschaftsanerkennung, gerichtliche Entscheidung oder Auszug aus dem Geburtsregister
- bei einem **Stiefkind:**
  Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde des Versicherten und Bescheinigung der Meldebehörde
- bei einem **Pflegekind:**
  Nachweis über das Pflegekindschaftsverhältnis und Bescheinigung der Meldebehörde
- bei einem **Enkel, Bruder** oder einer **Schwester:**
  Bescheinigung der Meldebehörde, bei einem Enkel zusätzlich den Nachweis des Status "Enkel" zum Beispiel durch **Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde** der Eltern und Großeltern, entsprechende Abstammungsurkunden

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name	Vorname	
Geburtsname		Geburtsdatum

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

2 Waisen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

2.1 Angaben zur Person

Waise **1**

Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)

Geburtsdatum

Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers

steuerliche Identifikationsnummer der Waise

Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt

Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)

Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

Waise **2**

Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)

Geburtsdatum

Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers

steuerliche Identifikationsnummer der Waise

Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt

Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)

Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

Waise **3**

Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)

Geburtsdatum

Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers

steuerliche Identifikationsnummer der Waise

Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt

Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)

Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

Waise **4**

Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)

Geburtsdatum

Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers

steuerliche Identifikationsnummer der Waise

Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt

Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)

Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

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)

3 Waise, die das 18. Lebensjahr vollendet hat

für jede volljährige Waise bitte einen Vordruck R0610 ausfüllen

Angaben zur Person

Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)

Geburtsdatum / Versicherungsnummer (Tag Monat Jahr)

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers

Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl | Wohnort

Land

Telefon | Telefax

Zuzug aus dem Ausland? ☐ nein ☐ ja, am (Tag Monat Jahr)

Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)

Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)

steuerliche Identifikationsnummer der Waise

4 Antragstellung durch andere Personen

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)

in der Eigenschaft als ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl | Wohnort

Land

Telefon | Telefax

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

5 Zahlungsweg

☐ Die Rente soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte):

IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Geldinstitut (Name)	
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)	

☐ 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.**

6 Begründung des Anspruchs

6.1 Hat die Waise das 18. Lebensjahr bereits vollendet?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 7

☐ ja

6.2 Die Waisenrente wird beantragt wegen einer

☐ **Ausbildung, bitte Vordruck R0616 ausfüllen und beifügen**, weiter bei Ziffer 6.3

Vordruck R0616 ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

☐ **Ableistung eines Freiwilligendienstes** vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

☐ **Behinderung,** bitte weiter bei Ziffer 6.4

nur bei Ableistung eines Freiwilligendienstes:

6.2.1 Besteht für Sie ein Kindergeldanspruch oder wurde Kindergeld beantragt?

☐ nein, **bitte Vordruck R0616 ausfüllen und beifügen**, weiter bei Ziffer 6.3

Vordruck R0616 ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

☐ ja, **bitte Kindergeldbescheid beifügen**

Kindergeldbescheid ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht ☐ ist nicht beigefügt,

weil _____

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

6.2.2 Geht aus dem Kindergeldbescheid hervor, dass der Kindergeldanspruch auf einem Freiwilligendienst beruht?

☐ nein, **bitte die Vereinbarung mit dem Träger des Freiwilligendienstes beifügen**

Vereinbarung ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

☐ ja

nur bei Ausbildung, Ableistung eines Freiwilligendienstes:

6.3 Haben Sie in den letzten 6 Monaten davor bereits eine Ausbildung oder einen Freiwilligendienst zurückgelegt?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 6.5

☐ ja, Ausbildung bis Tag Monat Jahr

bitte Nachweise beifügen,
weiter bei Ziffer 6.5

Freiwilligendienst bis Tag Monat Jahr

bitte Nachweise über Art, Beginn und Ende des **Freiwilligendienstes** und - sofern in dieser Zeit ein Kindergeldanspruch bestanden hat - den entsprechenden **Kindergeldbescheid beifügen**,
weiter bei Ziffer 6.5

nur bei Behinderung:

6.4 Liegt ein Grad der Behinderung von über 80 mit Merkzeichen H vor, wurde ein Pflegegrad 4 oder 5 festgestellt oder sind Sie wegen Ihrer Behinderung in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig?

☐ nein, **bitte ärztliche Bescheinigung** über die körperliche, geistige oder seelische Behinderung **beifügen**

☐ ja, **bitte Nachweise beifügen**

6.4.1 Erzielen Sie Arbeitsentgelt oder sonstiges Einkommen (zum Beispiel Krankengeld, Einkünfte aus Vermögen)?

☐ nein ☐ ja, **bitte Nachweise beifügen**

6.5 Haben Sie Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst geleistet?

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen

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

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

8.1 Befand sich die Waise bis zum Tod des Versicherten in dessen Haushalt?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 8.2

☐ ja Vorname der Waise _____

seit Tag Monat Jahr

bitte Bescheinigung der Meldebehörde beifügen

8.1.1 War von vornherein eine zeitlich begrenzte Aufnahme in den Haushalt vorgesehen?

☐ nein

☐ ja für (Vorname der Waise) _____

bis wann Tag Monat Jahr

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 Andere Leistungen

Beziehen oder bezogen die Waisen zuletzt eine der nachstehenden Leistungen oder wurde eine dieser Leistungen beantragt?

9.1 Waisenrente aus der **gesetzlichen Rentenversicherung**

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr Versicherungsnummer

Vorname der Waise

zahlende Stelle

9.2 Waisenrente aus der **gesetzlichen Unfallversicherung** oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren beziehungsweise Abfindungen angeben)

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr Jahr der Abfindung

Vorname der Waise

zahlende Stelle

Aktenzeichen

9.3 Waisengeld nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen, entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis, von einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung einer Berufsgruppe

☐ nein

Vorname der Waise

☐ ja

Name des Elternteils

Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

9.4 Bürgergeld, Einstiegsgeld von einem Jobcenter

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr

Vorname der Waise

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

9.5 Unterhaltsvorschuss vom Jugendamt oder Sozialamt

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr

Vorname der Waise

zahlende Stelle

Aktenzeichen

9.6 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr

Vorname der Waise

zahlende Stelle

Aktenzeichen

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)

9.10 Ausbildungsförderung nach dem Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung - Bundesausbildungsförderungsgesetz

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr

Vorname der Waise

zahlende Stelle

bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks

Aktenzeichen

9.11 Sonstige Leistungen (zum Beispiel von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker)

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr

Vorname der Waise

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

10 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

Bitte für jede Waise eine Meldung zur KVdR (Vordruck R0810) ausfüllen

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

Name der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

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

☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht ☐ wurde weitergeleitet

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

10.2 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 11

☐ ja

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

☐ nein ☐ ja

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

☐ nein

☐ ja

Name der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

Anschrift

Land

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

10.2.3 Sind Sie bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert beziehungsweise Mitglied der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB), der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) oder einer anerkannten Solidargemeinschaft?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 10.2.4

☐ ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen, der KVB, der PBeaKK beziehungsweise Ihrer Solidargemeinschaft **Vordruck R0821 ausfüllen lassen**

Vordruck R0821 ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht ☐ wurde weitergeleitet

bitte weiter bei Ziffer 10.2.5

10.2.4 Sind Sie freiwillig bei einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert, die oder das der Aufsicht eines Mitgliedstaates der EU (Vereinigtes Königreich nur bis 31.12.2020), Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz unterliegt?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 11

☐ ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen **Vordruck R0822 ausfüllen lassen**

Vordruck R0822 ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht ☐ wurde weitergeleitet

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

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

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 11

☐ ja, die Beitragsaufwendungen sind vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ebenfalls im **Vordruck R0821 / R0822** einzutragen

Familienangehöriger (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens des / der Familienangehörigen

10.2.6 Ist der Familienangehörige Rentner?

☐ nein ☐ ja, seit Tag Monat Jahr Versicherungsnummer

Rentenversicherungsträger

11 Pflegeversicherung

Bitte beantworten, wenn Sie das 23. Lebensjahr bereits vollendet haben oder demnächst vollenden werden:

11.1 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.

Hinweis: Der Anspruch auf Waisenrente schließt in der Regel einen möglichen Anspruch auf Kindergeld nach dem EStG beziehungsweise dem BKGG nicht aus. Lediglich in bestimmten Einzelfällen kann bei einem über 18 Jahre alten Kind die Waisenrente Auswirkungen auf den Auszahlungsanspruch des Kindergeldes haben. Näheres hierzu erfahren Sie bei der Familienkasse der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit - oder falls Sie dem öffentlichen Dienst angehören oder Versorgungsempfänger sind - bei der Stelle, die auch die Bezüge beziehungsweise das Arbeitsentgelt zahlt. Dort können Sie auch den Antrag auf Kindergeld stellen.

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

12 Dokumentenzugang

12.1 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:

_____

12.2 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)

13 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

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

Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenantrags bis zum Erhalt des Rentenbescheides
- eine Leistung nach Ziffer 9 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- die Schulausbildung oder Berufsausbildung beendet oder unterbrochen wird oder
- sich meine Anschrift / der Aufenthaltsort der Waise ändert.

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 Bürgergeld),
d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland, bei Aufnahme einer ausländischen Beschäftigung oder aufgrund des Beginns einer ausländischen Rente),
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 Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein, Norwegen, die Schweiz und das Vereinigte Königreich),

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

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) und
g) den Verzug in einen anderen Staat.

Das Merkblatt "Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung" (Vordruck R0815) habe ich erhalten beziehungsweise werde ich in der Online-Version auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung - www.deutsche-rentenversicherung.de/merkblatt-R0815 - lesen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

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.

Für den Fall, dass meine gesundheitlichen Einschränkungen auf einem schädigenden Ereignis beruhen, an dem ein Dritter beteiligt war, und vom Rentenversicherungsträger zu prüfen ist, ob die in diesem Zusammenhang entstandenen beziehungsweise entstehenden Kosten vom Schadensverursacher zu erstatten sind (Einleitung eines Regressverfahrens), **willige ich ein**, dass die Deutsche Rentenversicherung die im laufenden Verfahren anfallenden ärztlichen Gutachten / Befundberichte, Krankheitsberichte (Krankengeschichte) und Röntgenaufnahmen, die von der Rentenversicherung erstellten Entlassungsberichte sowie die von mir beigefügten beziehungsweise bereits vorliegenden ärztlichen Unterlagen, soweit es für die Durchsetzung von Schadensersatzforderungen erforderlich ist, dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel dem Schädiger oder seiner Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen (§§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch, §§ 116, 119 SGB X).

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

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

15.2 Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

☐ ist beigefügt

☐ wird nachgereicht

Die dieser Anlage beizufügenden Unterlagen bitten wir im Antrag auf Hinterbliebenenrente (Vordruck R0500) aufzuführen.

16 Bestätigungsvermerk

Das **Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung** (siehe Ziffer 11) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:

☐ Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes der Waise

☐ Familienbuch / Familienstammbuch der Waise

☐

Es ist beigefügt:

☐

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden