

Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)



**Deutsche  
Rentenversicherung**

## Fragebogen / Bescheinigung zur Prüfung des Waisenrentenanspruchs

# R0616

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) 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).

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) zur Verfügung.

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau**

### 1 Angaben zur Person der über 18 Jahre alten Waise

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Name  |   | Vorname (Rufname)  |  |
| Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)               | Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) | Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)                                     |  |
| Geburtsname   |   | Geburtsdatum / Versicherungsnummer der Waise<br>Tag    Monat    Jahr |  |
| telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) |   |  |  |

### 2 Angaben über die Ausbildung

|  |
|--|
| <p><b>2.1</b> Sind Sie derzeit in Ausbildung?<br/>Art der Ausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja _____</p>   |
| <p><b>2.2</b> An wie vielen Tagen muss die Schule / Ausbildungsstätte regelmäßig wöchentlich aufgesucht werden?</p>  |
| <p><b>2.3</b> Welche Zeit beansprucht der Schulweg? (bitte Minuten für die einfache Wegstrecke angeben)</p>  |
| <p><b>2.4</b> Beabsichtigen Sie die Aufnahme einer (weiteren) Ausbildung?<br/>Art der Ausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja _____</p> <p>voraussichtlicher Beginn _____</p> <p>weitere Angaben zu der beabsichtigten Ausbildung _____</p> |





Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 5 Bescheinigung der Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule

Name, Vorname

Geburtsdatum

befindet sich in

**Schulbildung**

**Fachschulbildung**

zurzeit Klasse / Semester

Tag Monat Jahr

seit

Tag Monat Jahr

(erster Unterrichtstag in dieser Klasse / in diesem Semester)

Vollzeitunterricht

vom

Tag Monat Jahr

bis zum

Tag Monat Jahr

Teilzeitunterricht

vom

Tag Monat Jahr

bis zum

Tag Monat Jahr

Unterrichtsstunden wöchentlich

von der Ausbildungsstätte für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich)

voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss

Tag Monat Jahr

Aushändigung des letzten Zeugnisses am

Tag Monat Jahr

bei Fachschule gegebenenfalls ergänzend:  
Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses am

Tag Monat Jahr

**Fachhochschulbildung**

**Hochschulbildung**

seit (Beginn des Studiums)

Tag Monat Jahr

Datum des Semesterbeginns

Tag Monat Jahr

zurzeit Semester

Regelstudienzeit

voraussichtliche Semester bis Abschluss

Abschluss durch

gegebenenfalls Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses am

Tag Monat Jahr

Wurde das Studium erst nach Vorlesungsbeginn aufgenommen?

nein

ja,

am

Tag Monat Jahr

Grund





Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 6 Bescheinigung der Ausbildungsstätte

Name, Vorname

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_ befindet sich in

**Berufsausbildung**

vom 

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

 bis zum 

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

**Vollzeitausbildung** vom 

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

 bis zum 

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

**Teilzeitausbildung** vom 

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

 bis zum 

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

Ausbildungszeit wöchentlich

von der Ausbildungsstätte für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich)

voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss

Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses am 

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

**berufsvorbereitender Bildungsmaßnahme**

vom 

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

 bis zum 

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

Die Maßnahme wird öffentlich gefördert:

nein, bitte genaue Beschreibung zum Inhalt der Maßnahme beifügen

ja, nach  §§ 51, 112 SGB III

anderen Regelungen

bitte die Grundlage der Maßnahme oder des Förderprogramms genau benennen, gegebenenfalls Bescheinigung beifügen

Der wöchentliche Stundenumfang der Maßnahme - einschließlich der für erforderlich gehaltenen häuslichen Vorbereitungszeit - beträgt:

bis zu 20 Stunden bitte genaue Stundenzahl angeben \_\_\_\_\_

mehr als 20 Stunden



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

noch Ziffer 6

|  |       |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
|--|-------|-------|------|--|--|--|-----|-------|------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>berufsbezogenem Praktikum</b>  |       |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
| Das Praktikum 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 zum <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> wird von der Ausbildungsstätte verlangt, gewünscht oder empfohlen: | Tag   | Monat | Jahr |  |  |  | Tag | Monat | Jahr |  |  |  |
| Tag  | Monat | Jahr  |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
|  |       |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
| Tag  | Monat | Jahr  |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
|  |       |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> in vollem Umfang <input type="checkbox"/> im Umfang von _____ Monaten   |       |       |      |  |  |  |     |       |      |  |  |  |

|                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| Ort, Datum                          | Telefon (Durchwahl)                |
|                                     |                                    |
| Firmenstempel der Ausbildungsstätte | Unterschrift der Ausbildungsstätte |









