

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)



Deutsche  
Rentenversicherung

Eingangsstempel

ZRBG 500

**Antrag auf Witwenrente / Witwerrente für Hinterbliebene von  
ehemaligen Ghettobeschäftigten mit Wohnsitz im Ausland**

<b>1</b>	<b>Angaben zur Person der / des Versicherten</b>	<b>Bitte Sterbeurkunde beifügen!</b>
	Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
	Geburtsname	frühere Namen
	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Geburtsort (Kreis, Land)	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
	Sterbedatum (Tag, Monat, Jahr)	

<b>2</b>	<b>Angaben zur Person der Witwe / des Witwers</b>	
2.1	Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
	Geburtsname	frühere Namen
	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Geburtsort (Kreis, Land)	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
	Straße, Hausnummer	
	Postleitzahl, Wohnort, Staat	
	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)
2.2	Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	Versicherungsträger _____
		Wurde eine Versicherungsnummer vergeben?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Versicherungsnummer</b> der / des Hinterbliebenen
2.3	Tag der Eheschließung mit der / dem Versicherten (Tag, Monat, Jahr)	
	Bestand diese Ehe bis zum Tod der / des Versicherten?	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

2.4	Hat die Witwe / der Witwer nach dem Tod des / der Versicherten <b>wieder geheiratet</b> ?	
	<input type="checkbox"/> nein	Wiederheirat am (Tag, Monat, Jahr) <input type="checkbox"/> ja

<b>3</b>	<b>Antragstellung durch andere Personen</b> Der Antrag wird in Vertretung gestellt von	<b>Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen.</b>
	Name, Vorname / Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)	
	in der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	
	Straße, Hausnummer	
	Postleitzahl, Wohnort, Staat	
	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

<b>4</b>	<b>Verfolgeneigenschaft der / des Versicherten</b>	<b>Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!</b>
4.1	War die / der Versicherte Angehörige / Angehöriger des Judentums oder gehörte die / der Versicherte zur Volksgruppe der Sinti und Roma?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, die / der Versicherte gehörte zum Judentum <input type="checkbox"/> ja, die / der Versicherte gehörte zur Volksgruppe der Sinti und Roma	
4.2	War die / der Versicherte als Verfolgte / Verfolgter im Sinne des § 1 Bundesentschädigungsgesetzes (BEG) anerkannt (durch z. B. Entschädigungsbehörde, Jewish Claims Conference, Bundesministerium für Finanzen)?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Entschädigungsbehörde, Aktenzeichen	
4.3	Wenn die Frage 4.2 verneint wurde, die / der Versicherte aber Leistungen wegen nationalsozialistischer Verfolgung von anderen inländischen oder ausländischen Stellen erhalten hat, dann fügen Sie bitte entsprechende Unterlagen (z. B. Kopien der Bewilligung) bei.	

<b>5</b>	<b>Angaben zum zwangsweisen Aufenthalt der / des Versicherten</b>	<b>Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!</b>
5.1	In welchen Ghettos hielt sich die / der Versicherte zwangsweise auf?	
	Ort, Bezirk, Gebiet / Land	Zeitraum von - bis (Monat / Jahr)
5.2	Wenn sich die / der Versicherte nicht in einem Ghetto aufgehalten hat: Durfte die / der Versicherte die Wohnung oder das Haus nur zum Zwecke der Arbeit sowie für die notwendigsten Besorgungen verlassen?	
	<input type="checkbox"/> ja    Wohnort, Bezirk, Gebiet / Land	Zeitraum von - bis (Monat / Jahr)
	<input type="checkbox"/> nein, die / der Versicherte konnte sich am Wohnort tagsüber weitgehend frei bewegen	

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6 Angaben zur Arbeit der / des Versicherten		Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		
6.1	Hat die / der Versicherte in einem der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos bzw. in dem unter Ziffer 5.2 angegebenen Wohnort gearbeitet?			
	<input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> ja	Zeitraum von - bis (Monat / Jahr)	Arbeitsstelle / Arbeitgeber	Art der Arbeit
6.2	Hat die / der Versicherte auch <b>außerhalb</b> der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos bzw. des unter Ziffer 5.2 angegebenen Wohnortes gearbeitet?			
	<input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> ja	Zeitraum von - bis (Monat / Jahr)	Arbeitsstelle / Arbeitgeber	Ist sie / er täglich in das Ghetto bzw. in den Wohnort zurückgekehrt?
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.3	Hat die / der Versicherte sich um die Arbeit innerhalb (Ziffer 6.1) oder außerhalb des Ghettos (Ziffer 6.2) selbst bemüht oder wurde sie ihr / ihm z. B. vom Judenrat vermittelt?			
	<input type="checkbox"/> ja, im Ghetto _____			
	<input type="checkbox"/> ja, im Ghetto _____			
	<input type="checkbox"/> ja, im Wohnort _____			
<input type="checkbox"/> nein, sie / er wurde zu allen angegebenen Arbeiten gegen ihren / seinen Willen gezwungen und hätte sie nicht ohne Gefahr für Leib, Leben oder ihre / seine Restfreiheit ablehnen können.				

7 Verfolgungsbedingte Ersatzzeiten		Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		
	Hat die / der Versicherte weitere nationalsozialistische Gewaltmaßnahmen erlitten? (z. B. Tragen des Judensterns, Leben in der Illegalität oder unter falschem Namen, Zwangsarbeitslager, Konzentrationslager)			
	<input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> ja	Zeitraum von - bis (Monat / Jahr)	Art der Verfolgung	

8 Zeiten in Deutschland		Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		
8.1	Hat sich die / der Versicherte nach der Verfolgung in Deutschland (z. B. in einem DP-Lager) aufgehalten?			
	<input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> ja	Zeitraum von - bis (Monat / Jahr)	Aufenthaltort	



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

<b>12 Sonstige Angaben</b>	
12.1	<p>Wurde eine Ehe der / des Versicherten nach dem 30.06.1977 durch Ehescheidung aufgelöst / aufgehoben?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Lebt der frühere Ehegatte noch?</p> <p style="text-align: right;">Sterbedatum (Tag, Monat, Jahr)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> unbekannt    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>
12.2	<p><b>Bitte ausfüllen, wenn Witwerrente beantragt wird und die Versicherte vor dem 01.01.1986 verstorben ist</b></p> <p>Hat die Versicherte den Unterhalt ihrer Familie überwiegend bestritten?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>

<b>13</b>	<b>Angaben zur Einkommensanrechnung bei Witwenrenten / Witwerrenten</b>	<b>Bitte Nachweise beifügen!</b>
- Nicht erforderlich, wenn die / der Versicherte vor dem 01.01.1986 gestorben ist. -		
13.1	<p><b>Arbeitsentgelt</b> Beziehen oder bezogen Sie <b>ab Beginn der Rente wegen Todes</b> Arbeitsentgelt, ggf. auch im Ausland?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Zeitraum von - bis (Monat / Jahr)</p> <p>Name und Anschrift des Arbeitgebers</p>	
13.2	<p><b>Arbeitseinkommen</b> Haben oder hatten Sie <b>ab Beginn der Rente wegen Todes</b> steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit), ggf. auch im Ausland, erzielt? Zu den steuerrechtlichen Gewinnen zählen auch Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, wenn diese steuerrechtlich als Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit gewertet werden.</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Zeitraum von - bis (Monat / Jahr)</p> <p>Art der Selbständigkeit</p>	

<b>14 Andere Leistungen</b>	
Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?	
14.1	<p>Rente aus eigener Versicherung aus der deutschen oder einer ausländischen <b>Rentenversicherung</b> oder vergleichbare Leistung für ehemalige Beschäftigte im öffentlichen Dienst</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Bezugszeitraum von - bis (Monat / Jahr)    beantragt am (Tag, Monat, Jahr)</p> <p>zahlende Stelle    Aktenzeichen</p>
14.2	<p>Leistungen aus der deutschen oder einer ausländischen <b>Unfallversicherung</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Unfalltag (Tag, Monat, Jahr)    Art der Leistung</p> <p>Aktenzeichen    Behörde</p>
14.3	<p>Leistung nach der Anerkennungsrichtlinie für Ghetto-Arbeit vom Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Aktenzeichen</p>

