

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**

Eingangsstempel

ZRBG 100en

**Antrag auf Altersrente für ehemalige Ghettobeschäftigte
mit Wohnsitz im Ausland**

**Claim for old-age pension for former ghetto workers
residing outside Germany**

1	Angaben zur Person	Information about the claimant
	Name	Last name
	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	First and middle names (underline name normally used)
	Geburtsname	Name at birth
	frühere Namen	Other names used in the past
	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)	Date of birth (day / month / year)
	Geschlecht	Sex
	männlich <input type="checkbox"/> male weiblich <input type="checkbox"/> female	
	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	Citizenship (also former citizenships, if applicable)
	Geburtsort (Kreis, Land)	Place of birth (district/province, state)
	Straße, Hausnummer	Street, house No.
	Postleitzahl, Wohnort, Staat	Postal code, city / state
	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Daytime telephone number (voluntary information)
	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	Fax number, email address (voluntary information)
	Familienstand	Marital status
	nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) <input type="checkbox"/> verheiratet / wiederverheiratet <input type="checkbox"/>	not married (single, widowed or divorced) married / remarried

2	Antragstellung durch andere Personen	Claim filed by third parties
	Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen.	Please enclose authorization or court order.
	Der Antrag wird in Vertretung gestellt von	The claim is filed by the following representative
	Name	Last name
	Vorname	First name
	Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)	Office (file number, if applicable)

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

	in der Eigenschaft als	gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> legal representative Vormund <input type="checkbox"/> guardian Betreuer <input type="checkbox"/> person in charge, custodian, carer Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> authorized representative	in the capacity of
	Straße, Hausnummer		Street, house No.
	Postleitzahl, Wohnort, Staat		Postal code, city / state
	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Daytime telephone number (voluntary information)
	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		Fax number, email address (voluntary information)

3	Verfolgteigenschaft	Recognition of persecution
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Please enclose all available documents!
3.1	Sind Sie Angehörige / Angehöriger des Judentums oder gehören Sie zur Volksgruppe der Sinti und Roma?	Are you Jewish or do you belong to the Sinti and Roma ethnic group? nein <input type="checkbox"/> no ja, ich gehöre zum Judentum <input type="checkbox"/> yes, I am Jewish ja, ich gehöre zur Volksgruppe der Sinti und Roma <input type="checkbox"/> yes, I belong to the Sinti and Roma ethnic group
3.2	Sind Sie als Verfolgte / Verfolgter im Sinne des § 1 Bundesentschädigungsgesetzes (BEG) anerkannt (durch z. B. Entschädigungsbehörde, Jewish Claims Conference, Bundesministerium für Finanzen)?	Have you been recognized as a persecuted person within the meaning of § 1 Federal Indemnification Law (BEG) (by e.g. restitution authority, Jewish Claims Conference, Bundesministerium für Finanzen)? nein <input type="checkbox"/> no ja <input type="checkbox"/> yes
	Entschädigungsbehörde	Restitution authority
	Aktenzeichen	File number
3.3	Wenn Sie Frage 3.2 verneint haben, aber Leistungen wegen nationalsozialistischer Verfolgung von anderen inländischen oder ausländischen Stellen erhalten, dann fügen Sie bitte entsprechende Unterlagen (z. B. Kopien der Bewilligung) bei.	If you answered no to question 3.2 but receive benefits from other authorities in Germany or abroad due to National Socialist persecution, please enclose appropriate documents (e.g. copies of the benefit decision).

4	Angaben zum zwangsweisen Aufenthalt	Information on your forced residence
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Please enclose all available documents!
4.1	In welchen Ghettos hielten Sie sich zwangsweise auf?	In which ghettos were you forced to live?
a)	Ort, Bezirk, Gebiet / Land von / from	Place, district, area / country
	Zeitraum (Monat / Jahr)	Period (month / year)
b)	Ort, Bezirk, Gebiet / Land von / from	Place, district, area / country
	Zeitraum (Monat / Jahr)	Period (month / year)

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

c)	Ort, Bezirk, Gebiet / Land	von / from		bis / to		Place, district, area / country
	Zeitraum (Monat / Jahr)					Period (month / year)
4.2	Wenn Sie sich nicht in einem Ghetto aufgehalten haben: Durften Sie Ihre Wohnung oder Ihr Haus nur zum Zwecke der Arbeit sowie für die notwendigsten Besorgungen verlassen?	nein, ich konnte mich an meinem Wohnort tagsüber weitgehend frei bewegen <input type="checkbox"/>		no, I was largely free to move around in my place of residence <input type="checkbox"/>		If you did not live in a ghetto: Were you only allowed to leave your apartment or house for the purpose of work and the most necessary errands?
		↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓		↓ <input type="checkbox"/> yes ↓		
	Wohnort, Bezirk, Gebiet / Land	von / from		bis / to		Place, district, area / country
	Zeitraum (Monat / Jahr)					Period (month / year)

5		Angaben zur Arbeit		Details of your work	
		Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		Please enclose all available documents!	
5.1	Haben Sie in einem der unter Ziffer 4.1 angegebenen Ghettos bzw. in Ihrem unter Ziffer 4.2 angegebenen Wohnort gearbeitet?	nein <input type="checkbox"/> no		Did you work in one of the ghettos listed at No. 4.1 or in your place of residence listed at No. 4.2?	
		↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓			
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / from		bis / to	
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber				
	Art der Arbeit				
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / from		bis / to	
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber				
	Art der Arbeit				
c)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / from		bis / to	
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber				
	Art der Arbeit				
5.2	Haben Sie auch außerhalb der unter Ziffer 4.1 angegebenen Ghettos bzw. des unter Ziffer 4.2 angegebenen Wohnortes gearbeitet?	nein <input type="checkbox"/> no		Did you also work outside the ghettos listed at No. 4.1 or outside your place of residence listed at No. 4.2?	
		↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓			
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / from		bis / to	
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber				
	Sind Sie täglich in das Ghetto bzw. in Ihren Wohnort zurückgekehrt?	ja <input type="checkbox"/> yes		nein <input type="checkbox"/> no	
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / from		bis / to	
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber				
	Sind Sie täglich in das Ghetto bzw. in Ihren Wohnort zurückgekehrt?	ja <input type="checkbox"/> yes		nein <input type="checkbox"/> no	

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

c)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / from	bis / to	Period (month / year)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber Sind Sie täglich in das Ghetto bzw. in Ihren Wohnort zurückgekehrt?			Place of work / employer Did you return to the ghetto or your place of residence daily?
		ja <input type="checkbox"/> yes	nein <input type="checkbox"/> no	
5.3	Haben Sie sich um die Arbeit innerhalb (Ziffer 5.1) oder außerhalb des Ghettos (Ziffer 5.2) selbst bemüht bzw. wurde sie Ihnen z. B. vom Judenrat vermittelt?		Did you search for work within (No. 5.1) or outside the ghettos (No. 5.2) or were you placed in the job e.g. by the Jewish Council?	
	<input type="checkbox"/> ja, im Ghetto yes, name of ghetto _____			
	<input type="checkbox"/> ja, im Ghetto yes, name of ghetto _____			
	<input type="checkbox"/> ja, im Wohnort yes, place of residence _____			
	<input type="checkbox"/> nein, ich wurde zu allen angegebenen Arbeiten gegen meinen Willen gezwungen und hätte sie nicht ohne Gefahr für Leib, Leben oder meine Restfreiheit ablehnen können.			
	no, I was forced to do the above work against my will and could not have refused to do this work without putting at risk my life or physical condition or my remaining freedom.			

6	Verfolgungsbedingte Ersatzzeiten	Substitute periods due to persecution	
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Please enclose all available documents!	
a)	Haben Sie weitere nationalsozialistische Gewaltmaßnahmen erlitten? (z. B. Tragen des Judensterns, Leben in der Illegalität oder unter falschem Namen, Zwangsarbeitslager, Konzentrationslager)	nein <input type="checkbox"/> no ↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	
	Did you suffer from further National Socialist violent measures? (e.g. wearing Yellow Star, life in illegality or under a false name, forced labour comps, concentration camps)		
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / from	bis / to
	Art der Verfolgung		
c)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / from	bis / to
	Art der Verfolgung		

7	Zeiten in Deutschland	Periods of residence in Germany	
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Please enclose all available documents!	
7.1	Haben Sie sich nach Ihrer Verfolgung in Deutschland (z. B. in einem DP-Lager) aufgehalten?	nein <input type="checkbox"/> no ↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	
	Did you reside in Germany after your persecution period (e.g. in displaced persons camps)?		
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / from	bis / to
	Aufenthaltsort		
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / from	bis / to
	Aufenthaltsort		

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

7.2	Haben Sie in Deutschland gearbeitet?	nein <input type="checkbox"/> no		Did you work in Germany?
		↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓		
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / from	bis / to	Period (month / year)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			Place of work / employer
	Art der Arbeit			Type of work performed
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / from	bis / to	Period (month / year)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			Place of work / employer
	Art der Arbeit			Type of work performed

8	Zeiten im Ausland	Insurance periods outside Germany		
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Please enclose all available documents!		
8.1	Haben Sie im Ausland Beiträge zu einem Versicherungsträger gezahlt?	nein <input type="checkbox"/> no		Have you paid any social security contributions to a pension agency outside Germany ?
		↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓		
		Zeitraum (Monat / Jahr)	von / from	
	Versicherungsträger			Pension agency
	Staat			State
	Ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen			Insurance number / file number abroad
8.2	Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten : Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?	nein <input type="checkbox"/> no		Have you, after completion of age 15, habitually resided in the Netherlands or, after completion of age 16, habitually resided in one of the following countries : Australia, Canada / Quebec, Denmark, Finland, Iceland, Israel, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland?
		↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓		
		Zeitraum (Monat / Jahr)	von / from	
	Staat			State

9	Zeiten des Schul- / Fachschul- oder Hochschulbesuchs (auch im Ausland)	Periods of attendance of school / technical college or university (also outside Germany)		
	Haben Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schule, Fachschule oder Hochschule besucht? Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei, z. B. Schulzeugnis, Unterlagen zum Besuch einer Hochschule	nein <input type="checkbox"/> no		Did you, after completion of age 17 attend school, a technical college or university? Please enclose all available documents, e.g. school certificates, enrollments verification from your university etc.
↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓				
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / from	bis / to	Period (month / year)

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

10 Angaben zu Kindern		Information about children	
a)	Haben Sie Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind? (bitte Geburtsurkunde beifügen)	nein <input type="checkbox"/> no	Did you bring up any children who were born before January 1 st , 1950? (please enclose birth certificate)
		↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	
	geboren am (Tag / Monat / Jahr)		born on (day / month / year)
	geboren in		born in
b)	Wurde das Kind in den ersten 10 Jahren von Ihnen überwiegend erzogen?	ja <input type="checkbox"/> yes	Was the child mainly brought up by you in the first 10 years?
		↓ nein <input type="checkbox"/> no ↓	
	Erziehung (Monat / Jahr)	von / from	bis / to
	ggf. Kind verstorben am (Tag / Monat / Jahr)		Brought up (month / year) if applicable, child deceased on (day / month / year)
	geboren am (Tag / Monat / Jahr)		born on (day / month / year)
	geboren in		born in
b)	Wurde das Kind in den ersten 10 Jahren von Ihnen überwiegend erzogen?	ja <input type="checkbox"/> yes	Was the child mainly brought up by you in the first 10 years?
		↓ nein <input type="checkbox"/> no ↓	
	Erziehung (Monat / Jahr)	von / from	bis / to
	ggf. Kind verstorben am (Tag / Monat / Jahr)		Brought up (month / year) if applicable, child deceased on (day / month / year)
	geboren am (Tag / Monat / Jahr)		born on (day / month / year)
	geboren in		born in

11 Andere Leistungen		Other benefits	
Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?		Are you in receipt or have you received any of the benefits below or did you claim such a benefit?	
11.1	Hinterbliebenenrente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung	nein <input type="checkbox"/> no	German state survivor's pension
		↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	
	Verstorbener Versicherter Name		Deceased contributor Last name
	Vorname		First name
	Geburtsname		Name at birth
	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)		Date of birth (day / month / year)
	Deutsche Versicherungsnummer		German Insurance Number

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

11.2	Leistungen aus der deutschen oder einer ausländischen Unfallversicherung	nein <input type="checkbox"/> no	Benefit under an accident insurance scheme in Germany or abroad
		↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	
	Unfalltag (Tag / Monat / Jahr)		Date of accident (day / month / year)
	Art der Leistung		Type of benefit
	Aktenzeichen		File number
	Behörde		Authority
11.3	Leistung nach der Anerkennungsrichtlinie für Ghetto-Arbeit vom Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen	nein <input type="checkbox"/> no	Benefit from Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen under the Directive concerning the recognition of ghetto work
		↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	
	Aktenzeichen		File number

12	Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Declaration of claimant
	<p>Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe.</p> <p>Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn sich meine Anschrift ändert.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in allen Gerichts- und Behördenakten, die im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Anspruch stehen, insbesondere Entschädigungsakten, Einsicht nehmen kann.</p>	<p>I declare that all the information provided on this form and the enclosures is true and correct to the best of my knowledge.</p> <p>I undertake to immediately inform the German pension office of any changes of my address in the period between filing this claim and the commencement of pension payments.</p> <p>I agree that the responsible German state pension office may inspect any files or records from courts and authorities, in particular restitution files, relating to the above claim.</p>
	Ort, Datum	Place, date
	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	Signature of claimant

13	Wahrheitsgemäße Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	True declaration of claimant
	<p>Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und nichts verschwiegen wurde, was der Sachaufklärung dienen könnte. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.</p>	<p>I hereby declare that to the best of my knowledge the above information is true and that I did not suppress or conceal any information required above. I understand that if any statement is found to be wilfully incorrect legal action may be taken against me.</p>
	Ort, Datum	Place, date
	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	Signature of claimant

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

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

14	Einwilligungserklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Declaration of consent of the claimant
	<p>Soweit für die Bearbeitung dieses ZRBG-Rentenanspruches erforderlich, willige ich ein, dass der zuständige Rentenversicherungsträger Zugang zu meinen Entschädigungsunterlagen bzw. den Unterlagen meiner / meines verstorbenen Familienangehörigen auf der Grundlage des Bundesentschädigungsgesetzes, der Restitutionsgesetze der deutschen Landesregierungen oder der Härtefonds des Bundes oder der Länder für Opfer nationalsozialistischer Verfolgung durch die zuständigen Behörden, Gerichte, Archive und Institutionen in Deutschland erhält. Dies schließt die Übersendung der Unterlagen zur Einsichtnahme ein. Da in diesen Unterlagen insbesondere Informationen über die ethnische und rassische Herkunft und damit in Zusammenhang stehende Verfolgungsmaßnahmen enthalten sind, die nach dem europäischen Datenschutzrecht als "sensibile personenbezogene Daten" betrachtet werden, erteile ich meine ausdrückliche Zustimmung nach europäischem Datenschutzrecht.</p> <p>Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann. Um meine Einwilligung zu widerrufen, meine Rechte nach europäischem und deutschem Datenschutzrecht auszuüben oder Beschwerden zu erheben, sollte ich mich an die oben genannte Behörde unter der oben genannten Adresse wenden. Der Widerruf der Zustimmung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die auf der Grundlage der Zustimmung bis zu ihrem Widerruf durchgeführt wurde. Wenn ich meine Zustimmung widerrufe, verstehe ich, dass die Behörde meinen Antrag möglicherweise nicht bearbeiten kann.</p>	<p>As far as required for processing this ZRBG pension application, I agree that the competent pension insurance institution may access my compensation documents or those of my deceased family members on the basis of the German Federal Compensation Act, the restitution laws of the German state governments, or the hardship funds of the Federal Government or the states for victims of National Socialist persecution by the competent authorities, courts, archives, and institutions in Germany. This includes transmission of the documents for inspection. Since these documents specifically contain information on ethnic and racial origin and persecution measures resulting from this, which are considered "sensitive personal data" under European data protection law, I hereby expressly give my consent under European data protection law.</p> <p>I know that I can withdraw my consent at any time with effect for the future. To revoke my consent, to exercise my rights under European and German data protection law, or to file complaints, I should contact the above-mentioned authority at the above address. My revocation of consent does not affect the lawfulness of the procedures that were carried out on the basis of my consent prior to its revocation. If I revoke my consent, I understand that the authority may not be able to process my application.</p>
	Ort, Datum	Place, date
	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	Signature of claimant
	Hinweis: Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung wird der zuständigen Behörde, bei der die Akteneinsicht beantragt wird, übermittelt.	Please note: A copy of this declaration of consent will be sent to the competent authority from which access to the records is requested.

	Als Anlagen sind beigelegt	Enclosed documents