

Deutsche Versicherungsnummer
 German insurance number

 Kennzeichen (soweit bekannt)
 Reference (if known)

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

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

 Eingangsstempel
ZRBG 110en
**Verkürzter Antrag auf Altersrente für ehemalige Ghattobeschäftigte mit Wohnsitz im Ausland
 Claim for old-age pension for former ghetto workers residing outside Germany (short version)**

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)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									Date of birth (Day / month / year)	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich male <input type="checkbox"/> weiblich female	Sex									
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		Postal code									
Wohnort / Staat		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 nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) verheiratet / wiederverheiratet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Marital status 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)									
in der Eigenschaft als Gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	in the capacity of legal representative guardian person in charge, custodian, carer authorized representative									

	Straße, Hausnummer		Street, house No.
	Postleitzahl		Postal code
	Wohnort / Staat		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.	Zeiten in Deutschland	Periods of residence in Germany	
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Please enclose all available documents!	
3.1	Haben Sie sich nach Ihrer Verfolgung in Deutschland (z. B. in einem DP-Lager) aufgehalten?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Did you reside in Germany after your persecution period (e.g. in displaced persons camps)?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Aufenthaltsort	____ / ____ – ____ / ____ _____	Period from – to Month / year – month / year Place of residence
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Aufenthaltsort	____ / ____ – ____ / ____ _____	Period from – to Month / year – month / year Place of residence
		nein <input type="checkbox"/> no	
3.2	Haben Sie in Deutschland gearbeitet?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Did you work in Germany?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	____ / ____ – ____ / ____ _____ _____	Period from – to Month / year – month / year Place of work / employer Type of work performed
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	____ / ____ – ____ / ____ _____ _____	Period from – to Month / year – month / year Place of work / employer Type of work performed
		nein <input type="checkbox"/> no	
4.	Zeiten im Ausland	Insurance periods outside Germany	
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Please enclose all available documents!	
4.1	Haben Sie im Ausland Beiträge zu einem Versicherungsträger gezahlt?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Have you paid any social security contributions to a pension agency outside Germany ?
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Versicherungsträger	____ / ____ – ____ / ____ _____	Period from – to Month / year – month / year Pension agency
	Staat		State
	Ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen		Insurance number / file number abroad
		nein <input type="checkbox"/> no	

4.2	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?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	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?
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	Period from – to Month / year – month / year
	Staat		State
		nein <input type="checkbox"/> no	
5.	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	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	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.
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	Period from – to Month / year – month / year
		nein <input type="checkbox"/> no	
6.	Angaben zu Kindern	Information about children	
	Haben Sie Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Did you bring up any children who were born before January 1 st , 1950?
a)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)	_ _ _ _ _ _ _ _ _	born on (Day / month / year)
	geboren in		born in
b)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)	_ _ _ _ _ _ _ _ _	born on (Day / month / year)
	geboren in		born in
		nein <input type="checkbox"/> no	
7.	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?	
	Art der Leistung	Type of benefit	
7.1	Hinterbliebenenrente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	German state survivor's pension
	Verstorbener Versicherter		Deceased contributor
	Name		Last name
	Vorname		First name
	Geburtsname		Name at birth
	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)	_ _ _ _ _ _ _ _ _	Date of birth (Day / month / year)
	Deutsche Versicherungsnummer	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	German Insurance Number
		nein <input type="checkbox"/> no	

7.2	Leistungen aus der deutschen oder einer ausländischen Unfallversicherung	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Benefit under an accident insurance scheme in Germany or abroad						
	Unfalltag (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							Date of accident (Day / month / year)
	Art der Leistung		Type of benefit						
	Aktenzeichen		File number						
	Behörde		Authority						
	nein <input type="checkbox"/> no								
7.3	Leistung nach der Anerkennungsrichtlinie für Ghetto-Arbeit vom Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Benefit from Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen under the Directive concerning the recognition of ghetto work						
	Aktenzeichen		File number						
		nein <input type="checkbox"/> no							
8.	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>							
9.	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						
Als Anlagen sind beigefügt:		Enclosed documents:							
_____		_____							
_____		_____							
_____		_____							