

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)



Deutsche  
Rentenversicherung

Eingangsstempel

ZRBG 500en

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

**Claim for widow's / widower's pension for survivor's of former ghetto  
workers residing outside Germany**

1	Angaben zur Person der / des Versicherten		Information about the insured person	
	Bitte Sterbeurkunde beifügen!		Please enclose death certificate!	
	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	männlich <input type="checkbox"/> male weiblich <input type="checkbox"/> female		Sex
	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)			Citizenship (also former citizenships, if applicable)
	Geburtsort (Kreis, Land)			Place of birth (district/province, state)
	Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)			Date of death (day / month / year)

2	Angaben zur Person der Witwe / des Witwers		Information about the widow / widower	
	2.1	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	männlich <input type="checkbox"/> male weiblich <input type="checkbox"/> 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, Wohnort, Staat			Postal code, city / state



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

<b>4</b>	<b>Verfolgteigenschaft der / des Versicherten</b>		<b>Recognition of the insured person's persecution periods</b>
	<b>Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!</b>		<b>Please enclose all available documents!</b>
4.1	War die / der Versicherte Angehörige / Angehöriger des Judentums oder gehörte die / der Versicherte zur Volksgruppe der Sinti und Roma?	nein <input type="checkbox"/> no	Was the insured person Jewish or did the insured belong to the Sinti and Roma ethnic group?
		ja, die / der Versicherte gehörte zum Judentum <input type="checkbox"/> yes, the insured was Jewish	
		ja, die / der Versicherte gehörte zur Volksgruppe der Sinti und Roma <input type="checkbox"/> yes, the insured belonged to the Sinti and Roma ethnic group	
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)?	nein <input type="checkbox"/> no	Was the insured person 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)?
		↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	
	Entschädigungsbehörde		Restitution authority
Aktenzeichen		File number	
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.	If the insured answered no to question 4.2 but received benefits from other authorities in Germany or abroad due to National Socialist persecution, please enclose appropriate documents (e.g. copies of the benefit decision).	

<b>5</b>	<b>Angaben zum zwangsweisen Aufenthalt der / des Versicherten</b>		<b>Information about the insured's forced residence</b>
	<b>Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!</b>		<b>Please enclose all available documents!</b>
5.1	In welchen Ghettos hielt sich die / der Versicherte zwangsweise auf?	↓	↓
	a) Ort, Bezirk, Gebiet / Land	↓	↓
	Zeitraum (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?	nein, die / der Versicherte konnte sich am Wohnort tagsüber weitgehend frei bewegen <input type="checkbox"/> no, he/she was largely free to move around in his/her place of residence	If the insured did not live in a ghetto: Was he/she only allowed to leave his/her apartment or house for the purpose of work and the most necessary errands?
	Wohnort, Bezirk, Gebiet / Land	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	
	Zeitraum (Monat / Jahr)		







Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

11 Angaben zu Kindern		Information about children		
a)	Hat die / der Versicherte Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind? (bitte Geburtsurkunde beifügen)	nein <input type="checkbox"/> no	Did the insured person bring up any children who were born before January 1 <sup>st</sup> , 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 überwiegend von der / dem Versicherten erzogen?	ja <input type="checkbox"/> yes	Was the child mainly brought up by the insured in the first 10 years?	
		↓ nein <input type="checkbox"/> no ↓		
	Erziehung (Monat / Jahr) ggf. Kind verstorben am (Tag / Monat / Jahr)	von / from	bis / to	Brought up (month / year) if applicable, child deceased on (day / month / year)
b)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)		born on (day / month / year)	
	geboren in		born in	
	Wurde das Kind in den ersten 10 Jahren überwiegend von der / dem Versicherten erzogen?	ja <input type="checkbox"/> yes	Was the child mainly brought up by the insured in the first 10 years?	
		↓ nein <input type="checkbox"/> no ↓		
Erziehung (Monat / Jahr) ggf. Kind verstorben am (Tag / Monat / Jahr)	von / from	bis / to	Brought up (month / year) if applicable, child deceased on (day / month / year)	
12 Sonstige Angaben		Further information		
12.1	Wurde eine Ehe der / des Versicherten nach dem 30.06.1977 durch Ehescheidung aufgelöst / aufgehoben?	nein <input type="checkbox"/> no	Has one of the insured person's marriages been nullified or dissolved by divorce after June 30 <sup>th</sup> , 1977?	
		↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓		
	Lebt der frühere Ehegatte noch?	unbekannt <input type="checkbox"/> not known	Is the former spouse still alive?	
	ja <input type="checkbox"/> yes			
		↓ nein <input type="checkbox"/> no ↓		
	Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)		Date of death (day / month / year)	
12.2	<b>Bitte ausfüllen, wenn Witwerrente beantragt wird und die Versicherte vor dem 01.01.1986 verstorben ist</b>	<b>Please enclose if you claim widower's pension and the insured person passed away before January 1<sup>st</sup>, 1986</b>		
	Hat die Versicherte den Unterhalt ihrer Familie überwiegend bestritten?	nein <input type="checkbox"/> no	Did the insured person mainly provide for your family's livelihood?	
	ja <input type="checkbox"/> yes			





